N° 12

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS

(Épidémie de Marseille, 1897)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1898

PAR Mme MARIA RIVOIRE

Née VIGON

Née à Nice, le 4 Mai 1873

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ

—

1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON ..... DOYEN
HAMELIN (✲)..... ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.....	MM.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....		GRASSET (✲).
Clinique chirurgicale.....		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.....		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv...		MAIRET (✲).
Physique médicale.....		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.....		DUCAMP.
Anatomie.....		GILIS.
Opérations et appareils.....		ESTOR.
Microbiologie.....		RODET.
Médecine légale et toxicologie.....		SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL.
Anatomie pathologique.....		N...
Id. Bosc (Ch. du c.)		

Doyen honoraire : M. MAIRET (✲).
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✲), PAULET (O. ✲).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....	MM.	VALLOIS, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.		BROUSSE, agrégé
Clinique ann. des mal. des vieillards.....		VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....		DE ROUVILLE, agrégé
Pathologie générale.....		RAYMOND, agrégé

Agrégés en exercice

MM.	BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	GALAVIELLE
	RAUZIER	PUECH	RAYMOND
	LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
	MOITESSIER	MOURET	IMBERT
	BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *Secrétaire* ; F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	RAUZIER, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON MARI

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

M. RIVOIRE.

A M. le Professeur D'ASTROS

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE MARSEILLE
CHARGÉ DE COURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. RIVOIRE.

Durant les deux semestres de 1897, pendant lesquels nous avons eu l'honneur d'être attachée au service de Clinique Infantile, une épidémie de fièvre typhoïde sévit avec une certaine intensité dans la ville de Marseille.

Aussi avons nous été à même d'observer un assez grand nombre de cas et notre maître M. le professeur d'Astros, nous suggéra l'idée de consacrer à leur relation notre thèse inaugurale. Qu'il veuille nous permettre à cette occasion de le remercier de sa constante sollicitude à notre égard et de regretter que notre modeste travail soit si peu en rapport avec ce qu'il était en droit d'attendre de nous, après un an passé à son école.

Arrivée au terme de nos études, il nous est doux de pouvoir adresser un public hommage de profonde reconnaissance à M. le professeur Alezais, pour la haute bienveillance dont il nous a toujours favorisée et pour les nombreuses marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Que MM. les professeurs Combalat, Villeneuve, Villard, MM. les docteurs Fioupe, Gamel, Michel, Lauzet, Brun et Lartail, médecins ou chirurgiens des hôpitaux dont nous avons successivement été l'externe ou l'interne ; que tous nos maîtres de l'Ecole de Marseille, parmi lesquels nous sommes particulièrement heureux de citer MM. les professeurs Bouisson, Caillol de Poncy, Rietsch, daignent accepter nos vifs remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée, pour leurs savantes leçons et leurs judicieux conseils.

M. le docteur Pujol, chef de clinique obstétricale, et M. le docteur Bonnifay, qui furent nos premiers internes et que

nous ne saurions séparer dans notre reconnaissance, n'ont jamais épargné ni leur temps ni leur peine pour nous faciliter toutes nos études. Qu'ils veuillent bien croire qu'il nous souviendra toujours.

Avant de les quitter, nous voulons remercier nos excellents camarades de Marseille, de la cordialité dont ils ne se sont jamais départis envers nous et en particulier MM. Raybaud et Pellissier, externes des hôpitaux qui tous deux ont apporté leur concours à notre modeste travail.

A Montpellier également, nous n'avons rencontré, durant notre court séjour, que cordial intérêt ; à tous, nous présentons de chaleureux remerciements.

En terminant nous adressons à M. le professeur Grasset, notre éminent président de thèse, l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait et dont nous nous sommes profondément touchée.

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS

(Épidémie de Marseille, 1897)

INTRODUCTION

Comme dans tous les grands centres, la fièvre typhoïde est endémique à Marseille, où elle fait, chaque année, un assez grand nombre de victimes.

Les statistiques (1) nous apprennent pourtant que le nombre en va diminuant chaque année. C'est pourquoi peut-être, pendant les quatre premiers mois de 1897, nous n'en eûmes à observer qu'un seul cas au Pavillon des Enfants.

Le 3 Mai, on nous amène le deuxième, une petite fille de 8 ans ; le 4, un garçon de 12 ans ; deux nouveaux malades entrent dans le service le 5 et deux autres encore le 6. Cette

(1) Thèse de M. H. Reynès-Paris 1894.

affluence de typhiques à cette époque de l'année est étrange. d'autant plus que, renseignements pris, il en est de même dans toutes les salles d'adultes; nous en concluons donc que nous nous trouvons au début d'une épidémie. Notre pensée n'était malheureusement que trop justifiée, puisque l'Administration des Hospices est bientôt obligée d'ouvrir quatre nouvelles salles de trente-deux lits à l'Hôpital de la Conception, et une autre à l'Hôtel-Dieu. Malgré cela, tous les autres services reçoivent leur contingent de typhiques et en assez grand nombre pour que, dans le cours de l'épidémie, nous puissions observer cent cinq cas dans les salles de fièvreux du Pavillon des Enfants, salles ne comprenant pourtant en tout que trente-quatre lits.

A quoi attribuer cette épidémie ? D'après les idées en cours à notre époque, c'est l'eau impure bue par les malades qui serait la grande coupable. Si nous recherchons quelles sont les eaux qui alimentent Marseille, nous verrons, en dehors des eaux de la Rose, eaux de source que peu d'habitants ont à leur disposition, que la population consomme l'eau du canal de la Durance et aussi l'eau des puits particuliers. Mais, si ce n'est l'été où les habitants fuient l'eau du canal qu'ils trouvent trop chaude, l'eau des puits, que possèdent un très grande nombre de maisons de la ville, est généralement laissée de côté.

D'ailleurs, si les puits devaient être incriminés, il nous paraît, de prime abord, que nous aurions eu au début un foyer assez restreint de la maladie, foyer allant en s'agrandissant de jour en jour. Or, si nous feuilletons nos observations, recherchant l'adresse des premiers malades entrés à la Clinique, nous voyons deux ou trois enfants dans le quartier de la Major, en plein vieux quartiers, deux dans les environs de la plaine Saint-Michel, une jeune malade chemin de Saint-Joseph, une autre près du Prado, une autre encore aux Allées; c'est-à-dire dans des points fort éloignés les uns des autres.

Le canal de la Durance qui dessert tout Marseille paraît donc bien être la source du mal. D'ailleurs, toutes les fois que cela nous a été possible, nous nous sommes renseignée auprès des parents, sur la nature de l'eau bue par les petits malades, au moins pendant les premiers mois de l'épidémie. Invariablement chaque fois il nous a été répondu, l'eau du Canal non bouillie, quelquefois filtrée pourtant, mais au simple filtre de sable. Il nous faut aller jusqu'au 12 août, pour trouver un malade s'alimentant avec de l'eau de puits, et l'on reconnaîtra que depuis trois mois la contamination de ces eaux avait eu le temps de se faire.

Mais c'est là un point secondaire pour nous, et qui ne doit pas nous arrêter plus longtemps, car nous ne cherchons point à faire l'histoire de cette épidémie, qui n'a cessé que dans le cours de l'hiver suivant ; nous voulons simplement dire quelles sont les particularités cliniques que nous avons notées, heureux si nous pouvions contribuer pour une part, si minime qu'elle soit, à l'histoire si connue déjà de cette maladie.

Faute de mieux, notre humble travail aura au moins le mérite d'être sincère, quitte à présenter parfois un peu de l'aridité d'une statistique.

I

Aspect Clinique

Les conditions où l'on est placé à l'hôpital sont assez mauvaises pour observer les caractères de *début* d'une maladie quelle qu'elle soit, puisque ce n'est que d'après les dires du malade ou de son entourage que nous devons former notre opinion.

Pourtant, les renseignements que nous n'avons jamais négligé de prendre auprès des parents, forment une base qui, si elle n'est établie « sur le roc et l'argile », ne manque pas d'une certaine solidité.

Les malades nous sont amenés généralement vers la fin du premier septénaire. Les parents nous disent que depuis une huitaine de jours leur enfant est « mal en train » ; il se plaint de la tête et du ventre, a généralement présenté quelques vomissements et exceptionnellement de la diarrhée. Quand cette diarrhée existe elle est légère et sans caractère bien net. Bien plus souvent au contraire c'est à de la constipation que nous avons affaire, constipation peu opiniâtre d'ailleurs qui cède généralement à l'administration d'un purgatif salin léger (un demi-verre d'eau de Sedlitz ou un verre, suivant l'âge) et fait place par la suite à un peu de diarrhée.

Quarante-six fois sur nos cent-cinq observations, nous voyons notées des *épistaxis* dans le premier septénaire. Si nous ajoutons à ce total les saignements de nez légers qui ont pu passer inaperçus des parents et les cas où, pour un motif

quelconque, nous n'avons pu avoir de renseignements, nous voyons que ceux-ci se sont présentés dans la moitié des cas environ, chiffre indiqué par les auteurs. Un fait cependant nous a frappé ; c'est l'absence d'épistaxis chez les tout jeunes enfants. Au-dessous de trois ans nous n'en avons pas un seul cas, trois ou quatre à peine à cet âge, puis elles deviennent plus fréquentes.

Il serait intéressant de savoir comment s'est comportée la courbe de *température* dans les premiers jours pour la comparer avec les tracés d'adultes et vérifier l'exactitude de la loi de Wunderlich chez l'enfant. Malheureusement c'est pour ce point là surtout que l'hôpital ne peut nous renseigner ; jamais la température n'a été prise en ville pour nos petits malades ou au moins les parents n'en savent rien. Tout ce qu'ils peuvent nous dire c'est que leur « petit avait beaucoup la fièvre » et c'est pourquoi ils nous l'ont amené. C'est peu précis comme renseignements.

Une fois l'enfant à l'hôpital, la température est prise régulièrement et il nous serait possible, en comparant les nombreux tracés que nous avons sous les yeux, d'indiquer une courbe moyenne type. Mais il y a une telle irrégularité, l'ensemble de la courbe présente un aspect tellement particulier à chaque cas, que nous aurions peine à formuler cette courbe type. Pourtant nous pouvons en règle générale distinguer un stade d'oscillations stationnaires d'une durée de deux à huit jours après l'entrée des malades, suivi d'un stade d'oscillations descendantes. Durant le premier stade la température présente des rémissions matinales, peu marquées, souvent moins d'un degré, oscillant généralement autour de 40° ou un peu au dessous. Il est rare que les rémissions du matin manquent ; notons pourtant un « plateau » de 40° 4 pendant deux jours chez une petite fille de dix ans morte au douzième jour d'une dothiénentérie à forme ataxo-adynamique.

Les rémissions matinales sont beaucoup plus marquées à la période suivante où nous avons parfois un stade amphibole assez net, d'autres fois une descente en lysis rappelant celle de la bronche-pneumonie mais d'une durée plus longue peut-être.

Vers la fin du troisième septénaire l'apyrexie était assez complète, depuis trois à quatre jours, pour qu'on commençât le plus souvent à alimenter le petit malade avec précaution.

Ces considérations s'appliquent à la fièvre typhoïde de la seconde enfance car chez les tout-petits, au-dessous de trois ans, la température, comme la plupart des autres symptômes cliniques revêt une marche tellement anormale, qu'il nous est impossible d'en extraire aucune donnée générale.

Sur nos feuilles de température une seconde courbe concommittante nous indique le nombre de *pulsations*, pris par nous tous les matins; nous n'avons pas malheureusement les mêmes indications pour le soir. Si nous comparons les deux tracés nous voyons qu'ils ne correspondent pas toujours très exactement ; parfois la température monte tandis que le pouls reste stationnaire ou même descend, mais c'est là l'exception ; en règle générale les deux courbes se suivent à peu près. Quand la température est aux environs de 40°, nous avons un nombre de pulsations qui varie de 120 à 150 à la minute, le chiffre de 160 même n'est pas exceptionnel. Pendant la période de pyrexie c'est entre les lignes de 100 et 140 qu'oscille généralement notre tracé ; comme limites extrêmes 80 et 160 ou même plus ; le chiffre le plus élevé que nous ayions atteint est de 200. Pendant la convalescence ce chiffre s'abaisse parfois au-dessous de la normale pour se relever ensuite. A ce moment plusieurs de nos petits malades n'ont eu que 60 pulsations à la minute et cela pendant plusieurs jours ; l'un d'eux a même atteint le chiffre de 54, que nous croyons bien exceptionnel chez l'enfant.

Quant aux particularités de ce pouls, rien de bien remar-

quable à signaler. Sur un total de trente tracés sphygmographiques pris à la période d'état, chez deux de nos malades seulement, l'un de 12, l'autre de 9 ans, nous voyons un dicrotisme des plus nets, très accentué, quoique nous ayions toujours pris le tracé sphygmographique des pouls qui, au tâter, nous paraissaient présenter cette particularité. Parfois le sphygmographe enregistre une certaine irrégularité dans la fréquence ou l'ampleur de la pulsation ; chez une petite fille de deux ans il nous signale un léger plateau.

Nous avons dit tout à l'heure que la plupart de nos malades, pendant leurs premiers jours de séjour à l'hôpital, présentaient une moyenne de température d'environ 40° ; et pourtant leur *état général* ne semblait pas le plus souvent indiquer une pareille hyperthermie. Les malades étaient abattus certainement, mais cet abattement n'était pas extrême; quelques-uns même, l'exception cependant, s'asseyaient sur leur lit. Ils ne présentaient pas non plus ce facies hébété si caractéristique, répondant d'ordinaire assez bien, suivant leur âge, à nos questions.

La céphalalgie est constante mais dans treize cas seulement il y a eu un peu de délire ; dans deux autres, le délire est plus fort mais il ne s'agit que d'un délire verbal ne poussant jamais le malade hors de son lit. Dans un seul cas, le malade a des hallucinations visuelles terrifiantes. Dans deux cas, suivis de mort, de la carphologie. En résumé donc, le système nerveux ne réagit que peu, contrairement à ce qui se passe chez l'adulte.

Du côté de *l'appareil digestif*, même remarque : l'effacement des troubles digestifs est notoire mais, nous semble-t-il, pas au point signalé par les auteurs, Marfan en particulier, qui va jusqu'à dire que « l'anorexie et l'état de la langue sont les seuls signes à peu près constants ». Peut-être en est-il ainsi

souvent, mais pour l'épidémie que nous avons observée, cette opinion est certainement exagérée.

L'anorexie existe, en effet, au moins pendant toute la durée de l'hyperthermie, car dès que la température décroît c'est avec insistance que les malades réclament leur premier petit potage. Toujours nous avons trouvé à la langue des caractères très nets. Elle est recouverte d'un enduit d'un blanc sale dans la plus grande partie de son étendue. Les bords et la pointe sont desquamés, de sorte que l'on voit, entourant la zône grise, une zône rouge qui rappelle le dessin de ces pantoufles sur canevas que connaissent bien tous ceux qui ont une fillette en pension. Nous avons vu deux fois cette desquamation étendue à toute la surface de la langue qui présentait alors l'aspect typique de la langue scarlatineuse. Dans les formes plus graves, et surtout chez les plus âgés de nos malades, la langue devient noirâtre, couverte de fuliginosités comme chez l'adulte. Chez les petits ce sont les lèvres plutôt qui sont noires et fuligineuses ; elles sont souvent recouvertes de sang car ils les mordillent constamment et c'est peut-être là la porte d'entrée de certaines infections secondaires dont nous parlerons plus tard.

Le ventre est assez souvent ballonné mais toujours douloureux ; parfois il y existe de la douleur spontanée, mais c'est généralement à la pression qu'elle se fait sentir. Tantôt c'est la totalité de l'abdomen qui est ainsi sensible et l'enfant se plaint quelle que soit la région que l'on touche ; d'autres fois, et plus fréquemment, le point douloureux est nettement localisé dans la fosse iliaque droite, parfois aussi à la région splénique.

Le gargouillement est rare ; nous ne le trouvons noté que sept fois, et encore sur les sept cas il n'était *très net* qu'une seule fois. Peut-être est-il passé quelquefois inaperçu, mais dans ces cas il ne pouvait être que peu accentué. D'ailleurs,

cette rareté n'a rien de surprenant si l'on considère que la diarrhée est moins intense que chez l'adulte, et que le gargouillement serait plutôt un signe de diarrhée qu'un symptôme de fièvre typhoïde. Pourtant deux fois nous avons trouvé du gargouillement léger alors que l'enfant, loin d'avoir de la diarrhée, était constipé.

Comme nous l'avons dit déjà, la constipation, si fréquente au début de la maladie, fait place généralement à un peu de diarrhée. Que celle-ci soit secondaire ou s'établisse d'emblée, elle est le plus souvent peu intense, le malade ayant par jour de deux à quatre évacuations de selles d'un jaune d'ocre. Elle peut pourtant être plus forte et nécessiter une thérapeutique spéciale. Chez plusieurs de nos malades nous avons eu de la diarrhée verte, chez deux autres des accidents cholériformes. Nous reviendrons sur ces faits quand nous traiterons des complications.

Les vomissements cessent d'ordinaire après la période de début ; cette opinion n'a pourtant rien d'absolu car chez quelques malades ils ont persisté. Des perforations et des hémorragies intestinales, nous parlerons plus loin ; qu'il nous suffise pour le moment de dire que ces dernières au moins ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on a bien voulu le dire.

Les fameuses *taches rosées* que l'on s'empresse de rechercher dès que l'on soupçonne une fièvre typhoïde, ne nous ont pas paru constantes, loin de là, puisque nous ne les avons constatées que dans un peu plus de la moitié des cas exactement cinquante-huit fois. Trois fois l'éruption a été très abondante et dans chacun de ces cas le malade a guéri. Faut-il en conclure que, conformément à l'opinion de Rilliet et Barthez, l'abondance des taches rosées est un signe de pronostic favorable ? Un aussi petit nombre de faits que ceux que nous avons observés ne permet de tirer aucune conclusion, nous semble-t-il. Quant à la date d'apparition des taches rosées nous ne pouvons la préciser d'une façon bien exacte, la plupart des malades les

ayant déjà lors de leur entrée. Celle-ci ayant lieu généralement vers le 7me ou 8me jour, nous en concluons que c'est un peu avant la fin du premier septénaire qu'elles se montrent d'ordinaire. Cette opinion paraît confirmée d'ailleurs par les quelques cas où elles ont apparu sous nos yeux. Nous les avons vu quatre fois au 5me jour, cinq fois au 6me, trois fois au 7me et deux fois au 8me, exceptionnellement pendant le deuxième septénaire; le date la plus tardive que nous ayions constatée a été le treizième jour.

Dans les quelques rechutes que nous avons eues, nous avons parfois constaté une nouvelle poussée de taches rosées ; chez une enfant de huit ans même, qui n'en avait pas lors de sa première atteinte, nous en avons constaté une éruption abondante au 7e jour de la rechute.

Quant aux *sudamina*, tous les auteurs s'accordent à les reconnaître comme presque constants ou au moins très fréquents. Et pourtant nous ne les avons à peu près jamais rencontrés. Nous ne pensons pas qu'ils aient pu facilement passer inaperçus, car nous les recherchions systématiquement chez tous nos malades pour nous faire une opinion sur leurs rapports avec la desquamation de la convalescence. Malgré cela nous ne les avons notés que huit fois, dont deux fois seulement avec leur aspect nettement caractéristique ; chez un de ces derniers malades ils furent assez nombreux et apparurent quatre jours après les taches rosées qui étaient elles-mêmes d'abondance remarquable.

Sur *l'hypertrophie de la rate* nous ne pourrons dire grand chose, sinon que nous l'estimons difficile à constater au lit du malade ; dans les quelques autopsies que nous avons pratiquées, son volume ne nous a pas paru considérablement augmenté.

Du côté de *l'appareil respiratoire* nous avons trouvé des lésions très fréquentes mais non constantes. C'est la bronchite

qui s'est montrée le plus souvent puisque nous l'avons rencontrée soixante fois. D'intensité très variable, elle peut se borner à quelques gros râles et un peu de toux, d'autres fois au contraire, prédominer au point de fixer spécialement l'attention sur elle ; tantôt les grosses ramifications bronchiques sont seules atteintes, tantôt le processus atteint les plus fines d'entre elles et peut même donner naissance à de la broncho-pneumonie. Nous en avons observé plusieurs cas sur lesquels nous reviendrons au chapitre des complications.

Dans deux cas très graves nous avons noté des modifications du rythme respiratoire. Dans une fièvre typhoïde méningitiforme, une inspiration profonde était immédiatement suivie de trois ou quatre inspirations rapides et moins profondes, puis période d'apnée (obs. n° 8). Chez une enfant de 11 ans présentant un peu d'albuminurie on pouvait voir une quinzaine de mouvements respiratoires très rapides et superficiels alternant sans *transition* avec des mouvements très ralentis (obs. 18).

Nous n'avons pas constaté très fréquemment la présence *d'albumine* dans les urines; mais nous devons avouer que nos données doivent sur ce point manquer de précision car nous n'avons pas fait cette recherche aussi fréquemment que nous aurions dû le faire. Néanmoins, par le procédé au sulfate de soude de M. le Professeur F. Arnaud de Marseille, nous avons pu déceler cette présence chez dix malades. Chez cinq d'entre eux il ne s'agissait que d'une albuminurie légère et transitoire accompagnant l'hyperthermie et ayant totalement cessé au moment de la sortie de l'hôpital ; chez un autre, l'albumine avait disparu pendant la convalescence mais au moment de l'exeat nous pûmes en retrouver de légères traces, alors que depuis quinze jours l'apyrexie était complète. Chez deux enfants on trouvait encore au départ une quantité appréciable d'albumine. Dans tous les cas précédents, l'albuminurie était

peu considérable puisque nous ne trouvions pas au dosage, dans les cas les plus graves, plus de 0,30 d'albumine par litre. Chez les deux autres malades dont il nous reste à parler, elle était beaucoup plus importante puisque chez l'un nous en avons 0,60 par litre et chez l'autre jusqu'à 3 grammes.

Il est vrai que dans ces deux cas il s'agissait d'enfants cachectiques qui ne tardèrent pas à succomber.

En 1846 Hammernick (de Prague) signale le premier la fréquence de la *desquamation* dans la fièvre typhoïde. En octobre 1894, au Congrès de Médecine de Lyon, M. Weil, professeur agrégé à la Faculté de cette ville, reprend cette question oubliée. De même que son prédécesseur il attribue la desquamation à un trouble de nutrition, depuis MM. Marfan et Comby reviennent sur ce point et la cause à laquelle ils attribuent ce phénomène est autre. Pour eux, la desquamation typhique serait due aux sudamina qui la précèdent toujours. Nous croyons pouvoir nous inscrire en faux contre cette assertion et en revenir à l'opinion de M. Weil. Comme nous l'avons dit plus haut, ce n'est que rarement que nous avons observé les sudamina, tandis que la fréquence de la desquamation était de beaucoup plus considérable ; nous l'avons relevée 25 fois dans nos notes, soit dans un quart des cas. Encore ce chiffre paraît-il plus faible qu'il ne l'est en réalité puisqu'il nous faut retrancher du total de nos malades ceux qui sont morts dans la période fébrile et ceux que leurs parents ont voulu emmener avant la convalescence. Dans la plupart des cas en effet, la desquamation débutait vers le 30e jour, époque où d'ordinaire notre jeune malade était en convalescence; dans les formes prolongées sa date d'apparition restait à peu près la même de sorte que nous pouvions la noter avant la fin de la période fébrile. Cette desquamation ne ressemblait en rien à celle de la scarlatine ; elle était généralement furfuracée, parfois pulvérulente même, au point de

pouvoir passer inaperçue d'un observateur superficiel. Son siège ordinaire était, par ordre d'apparition et de fréquence, la nuque, le dos, l'abdomen, les membres, le thorax, exceptionnellement la face.

Nous n'avons jamais vu de *vergetures*.

Telles sont les remarques générales que nous avons cru pouvoir faire d'après l'ensemble de cette épidémie. Beaucoup de nos observations se ressemblent au point de paraître calquées les unes sur les autres et ne présentent guère d'autre intérêt que de faire nombre dans une statistique des particularités cliniques. Elles peuvent néanmoins nous donner une idée de la forme moyenne de la fièvre typhoïde pendant l'épidémie que nous considérons. A ce titre nous en citerons une, appelée à notre attention uniquement parce qu'elle est le seul cas intérieur que nous ayions observé ; le tableau clinique s'est donc déroulé entièrement sous nos yeux, contrairement à ce qui a lieu d'ordinaire à l'hôpital.

Obs. I.— P. A., 8 ans, enfant des hospices, entre aux blessés le 1er août, pour une arthrite tuberculeuse du pied gauche. Le 4 octobre, il se plaint de maux de ventre et de céphalalgie; un peu de constipation. Un purgatif léger amène quelques selles dures, puis la constipation reparaît. Le 5, vomissements et épistaxis; le soir, la température, presque normale jusque là, atteint 40°4. Le 7, on constate des signes de bronchite et le petit malade passe aux fiévreux.

A son entrée, langue peu chargée, douleurs dans l'abdomen surtout dans la fosse iliaque droite. Constipation. Céphalalgie, abattement peu intense. Pas de taches rosées. Quelques signes de bronchite. On prescrit un léger purgatif salin. Lavements matin et soir.

9 oct.— La température subit de très fortes oscillations ; entre le soir et le matin la différence atteint et même dépasse 2°, ce qui fait qu'on n'ordonne pas de bains.

Néanmoins, comme le soir elle est à 40° on donne du sulfate de quinine en suppositoire. Le soir, le séro-diagnostic donne une réaction immédiate et extrêmement intense au 1/10. Apparition des taches rosées.

Le 21, au dix-huitième jour de la maladie, l'apyrexie est complète depuis deux jours et l'état général est assez satisfaisant pour qu'on commence à alimenter légèrement le malade.

4 nov. — Rétablissement complet, mais depuis deux jours, deux petits abcès contigus sur le cuir chevelu; on les incise et les ensemence. Du staphylocoque.

Exeat le 12 novembre.

Si tel a été le tableau clinique le plus usuel, il s'en faut de beaucoup qu'il puisse s'appliquer également à tous nos malades. Nous avons eu de nombreuses modifications en plus ou en moins. A côté de la forme commune nous citerons donc d'une part, des formes abortives; d'autre part, des formes prolongées et des formes graves.

Dans les formes abortives, nous retrouverons les mêmes symptômes que dans la forme commune, mais avec une intensité moindre. La céphalalgie est légère, l'abattement peu marqué, les troubles intestinaux peu accentués; les caractères de la langue pourtant sont nets. Les taches rosées ainsi que la bronchite peuvent exister ou faire défaut. Mais ce qui caractérise surtout cette forme, c'est le tracé thermique. Au moment de l'entrée, la température est généralement comprise entre 39 et 40° comme dans les cas plus graves, mais s'y maintient peu de temps. Après un ou deux jours au plus, elle commence à décroître régulièrement et atteint la normale avant la fin du deuxième septenaire.

Voici une observation répondant à ce type.

Obs. II. — V. A., 4 ans, entre salle Zarifi le 28 mai, malade depuis six jours. N'a pas eu d'épistaxis.

A son entrée, pas de céphalalgie. Léger abattement. Langue blanchâtre, rouge à la pointe et sur les bords. Pas de douleurs abdominales. Constipation au début, actuellement légère diarrhée. Taches rosées. Pas de bronchite. Température 39°4.

On ne prescrit que lavements matin et soir et diète lactée. Séro-réaction nette au 1/10 le 1er juin, mais l'enfant n'ayant que 37°4 et l'état général étant bon on commence l'alimentation.

La défervescence s'est faite en trois jours, commençant aussitôt après son entrée; descente en lysis.

Le 20 juin, la température s'étant maintenue à la normale on signe l'exeat.

Dans la forme prolongée, l'ensemble clinique est absolument le même que dans la forme commune, et rien ne peut faire prévoir le long séjour que l'enfant devra faire à l'hôpital. Seulement les symptômes ne s'amendent pas comme à l'ordinaire après quelques jours de traitement et le thermomètre s'obstine à se maintenir dans les régions élevées; à la fin parfois du 4^{me} septenaire ou même du 5^{me}, il n'a pas atteint la normale. Après une si longue période fébrile le malade, très amaigri et sans force, est long à se remettre complètement, d'où longue durée aussi de la convalescence pendant laquelle nous signalerons la fréquence des suppurations.

Obs. III. — S. J., 18 ans, entre salle Argenti le 5 mai, au 7^{me} jour de sa maladie. A son arrivée, presque pas de céphalalgie, mais prostration. Pas de taches rosées. Lèvres sèches, langue typhique. Douleur à la pression au niveau de la fosse iliaque droite et de la rate. Gargouillement. Pas de diarrhée. Signes très nets de bronchite généralisée. Température oscillant autour de 39°. Séro-réaction nette au 1/10. On prescrit bains à 28° toutes les trois heures et lavements matin et soir. Benzo-naphtol 1 gr.

Le 13, malgré les bains la température n'est pas descendue depuis cinq jours au-dessous de 40°. Un peu d'albumine dans les urines.

Le 18, au 20e jour, la température descend pour la première fois à 39°; le pouls est assez bon, 122 pulsations, pulsations bien frappées. Toujours bronchite typique. L'albumine a disparu des urines.

Le 30 mai, pour la première fois le thermomètre avait enfin atteint hier 37° (31me jour), mais aujourd'hui élévation de température jusqu'à 39°6; on donne 0,25 de sulfate de quinine.

Le 4 juin, la fièvre notée le 30 a été tout éphémère, et on commence l'alimentation. Le pouls est descendu à 70.

Le 8, la convalescence est complète; les pulsations de la radiale sont très lentes (54) et irrégulières (par moments, 3 ou 4 pulsations coup sur coup); l'enfant est très faible, très amaigri.

3 juillet. — Depuis une quinzaine de jours, le pouls a repris sa fréquence; l'enfant est complètement rétabli et commence à engraisser. Exeat.

A côté de ces cas, nous citerons ceux où, après une première atteinte et une période d'apyrexie plus ou moins longue mais ne dépassant pas quelques jours, la fièvre « repique sur de nouveaux frais ». On a prétendu que les rechutes dans la fièvre typhoïde étaient moins graves que la première atteinte. Il est possible qu'il en soit ainsi d'une façon générale et c'est bien ce que nous avons observé parfois dans quelques cas de rechute; mais parfois il n'en était pas ainsi, Nous avons surtout présent à l'esprit le cas d'une fillette de 8 ans, dont nous conterons peut-être l'histoire plus tard, qui après une fièvre typhoïde d'intensité moyenne eut une rechute qui la mit à deux doigts de la mort. Une autre petite fille de 2 ans 1/2 présenta au 10me jour de sa rechute une broncho-pneumonie qui persista quelques jours.

Quand tout à l'heure nous parlions de formes prolongées et de formes graves, nous comprenions sous ce dernier vocable les cas graves: 1° par l'intensité de l'infection typhoïde; 2° par certaines complications. De ces dernières nous parlerons dans

le prochain chapitre. Les premières ressemblent à ce que l'on voit dans la forme grave des adultes. Ce qui nous a surtout frappé dans ces cas, peu nombreux du reste, c'est la gravité des phénomènes nerveux. Nous citerons à l'appui deux observations.

Obs. IV. — S. P., 9 ans, entre à l'hôpital le 5 mai, malade depuis cinq jours. N'a pas eu d'épistaxis. A son arrivée, céphalalgie et abattement profond. Pas de taches rosées. Langue rouge, desquamée. Tout l'abdomen est très douloureux à la pression mais surtout dans la fosse iliaque droite ; un peu de ballonnement. Peu de diarrhée, selles noirâtres. Bronchite généralisée mais peu intense. Température 40°4. Le séro-diagnostic, pratiqué le 6, est négatif. On ordonne néanmoins : bains à 28° ; lavements matin et soir Benzo-naphtol.

11 mai — La température est toujours très élevée ; elle se maintient au-dessus de 40° atteignant presque 41° le soir. Le pouls faiblit un peu ; injections sous-cutanées d'huile camphrée à 1/10. Séro-réaction mais un peu hésitante.

Le 13, on remarque une petite escharre sur la face dorsale de la main gauche, au niveau de l'éminence thénar ; autour de l'escharre rougeur. L'état général est mauvais : agitation continue, soubresaut des tendons, carphologie, ataxie. Température 39°6. Pouls 148. Caféine en injections sous-cutanées de 0,25.

Le 14, l'enfant est de plus en plus agité ; il remue tellement qu'on ne parvient plus à le faire boire. De nouvelles escharres sur la verge et au doigt piqué pour le séro-diagnostic. Le pouls faiblit de plus en plus (160). Teinture de musc XX gouttes. Décès le 15, à 6 heures du matin.

Autopsie pratiquée le 16 au matin. Cœur, foie et reins normaux. Rate volumineuse, congestionnée, ramollie. Poumons congestionnés surtout aux sommets. Ganglions du mésentère très augmentés de volume. Intestin : un mètre avant le cœcum follicules clos et plaques de Peyer gangrenées, disséminées (pas de chute de l'escharre encore) ; à la partie tout à fait terminale

de l'iléon, *plaques beaucoup plus grandes, confluentes,* occupant tout le pourtour de l'intestin et se présentant sous l'aspect de plaques de sphacèle noirâtres et épaisses. Lésions de *péritonite localisée* avec congestion intense et exsudat séro-purulent au niveau des parties gangrenées.

Obs. V.— C. L., 10 ans, entre le 7 mai, malade depuis quatre jours. Légère épistaxis au début. Au moment de l'entrée à l'hôpital, céphalalgie, prostration très intense. Pas de taches rosées. Langue blanche, desquamée sur les bords, diarrhée, douleur à la pression dans tout l'abdomen. Signes très nets de bronchite. Température 41°2. Séro-réaction très nette au dixième, le jour de son entrée. Lavements, bains à 25°, benzo-naphtol.

Le 9, apparition des taches rosées, coïncidant avec un léger abaissement de température (40°)

Le 12, la fièvre est toujours très élevée ; depuis la veille elle se maintient à 40°4, sans rémissions matinales ; le cœur faiblit, le pouls est faible et fréquent (156). Caféine en injections sous-cutanées. Râles sous-crépitants à la partie moyenne du poumon gauche, avec souffle.

Le 13, l'état général est toujours très mauvais ; l'enfant délire, a des hallucinations terrifiantes ; elle est excessivement agitée, présente de la carphologie et du soubresaut des tendons. Pouls faible et rapide.

Le 14, l'état a sensiblement empiré encore ; l'enfant a eu une syncope dans le bain de 6 heures du matin, puis une autre encore dans celui de midi ; à partir de ce moment, on a supprimé les bains. Pouls très rapide, 200 pulsations. On alterne les injections de caféine avec celles d'huile camphrée à 3/10. Décès le 15, à 4 heures du matin.

Autopsie le 16 au matin. Cœur, rate et reins normaux, foie pâle, jaune cendré. Poumons : splénisation dans toute la moitié inférieure du poumon droit ; splénisation et quelques foyers d'hépatisation à la base gauche. Ganglions du mésentère très volumineux. Intestin : $1^{m}50$ environ avant le cœcum, nombreuses

plaques de Peyer enflammées ; à la partie terminale de l'intestin grêle trois ou quatre plaques de Peyer tuméfiées présentant une petite ulcération centrale.

Il ne nous reste, en finissant ce chapitre, qu'à noter la fréquence relative de ces différentes formes.

En compulsant notre dossier, nous arrivons aux résultats suivants :

Formes abortives.	11
Formes communes.	47
Formes prolongées.	9
rechutes.	7
Formes graves :	
a) par l'intensité de l'infection	3
b) par quetque complication	28

II

Complications

Les complications sont très fréquentes dens la fièvre typhoïde. Nous avons donné tout à l'heure le chiffre de 28,105 comme ressortissant de notre statistique, mais ce chiffre se trouve être bien au dessous de la réalité. Il faut en effet remarquer que nous avions alors en vue les cas graves par suite de quelque complication ; nous avions éliminé par suite les observations de formes communes où une complication était survenue sans beaucoup charger le tableau clinique, comme par exemple de la surdité passagère ou quelque abcès du cuir chevelu. Si nous rassemblons toutes les observations de malades ayant eu une complication quelle qu'elle soit, nous arrivons au nombre de 56.

Afin de passer en revue toutes les complications que nous avons vu survenir dans le cours ou au déclin de la maladie, nous les classerons par appareil.

A tout seigneur, tout honneur. La fièvre typhoïde se localisant surtout sur le *tube digestif* au point que quelques auteurs ont voulu en faire une entérite éberthienne, c'est par lui que nous commencerons.

Partant de ce principe que chez l'enfant les lésions intestinales sont peu profondes on a prétendu que les complications du côté du tube digestif sont exceptionnelles Tout d'abord nous ferons remarquer que cette opinion nous paraît exagérée. Au cours de quelques autopsies nous avons pu voir des ulcérations

de plaques de Peyer qui ne le cédaient en rien aux cas les plus typiques chez l'adulte ; notre observation 4 en est une preuve. Ce point posé, nous admettrons facilement que hémorragies intestinales et perforations peuvent se produire chez l'enfant comme chez l'adulte.

Neuf de nos malades ont présenté des hémorrhagies intestinales, entérorrhagies à tous les degrés, depuis quelques grammes de sang dans les selles jusqu'à une quantité assez considérable de ce liquide pour mettre de ce fait seul les jours du malade en danger, Nous publierons quelques-unes de nos observations sur ce sujet, Tout d'abord le cas d'une petite fille ayant présenté de nombreuses hémorrhagies intestinales dans le cours d'une rechute.

Obs. VI. — B. R., 8 ans, entre le 23 août, malade depuis 10 jours. A son entrée pas d'abattement, céphalalgie. Langue peu chargée — ventre légèrement douloureux à droite, un peu de ballonnement — constipation. Pas de bronchite ni de taches rosées. Température 39°8. Purgatif léger puis bains et lavements froids. Benzo-naphtol 2 grammes.

Le 26, un peu de congestion hypostatique aux bases, élévation de température passagère (40°4).

Le 4 sept.— Au 21e jour on commence l'alimentation.

Le 9, la convalescence était complète quand subitement élévation à 40° ; la face est vultueuse mais l'enfant est moins abattue que ne le comporterait l'intensité de la fièvre. On reprend les bains.

Le 10, séro-réaction rapide.

Le 15, la fièvre tend à diminuer, lèvres un peu ulcérées, éruption un peu abondante de taches rosées.

Le 16 au soir, entérorrhagie donnant environ 125 à 130 cent. cubes de sang entièrement liquide mélangé à quelques petits amas de matières fécales. Lait glacé, glace sur l'abdomen, injection de 1/4 cent. cube d'ergotinine Tanret, suppression des bains.

Le 17, au matin, l'enfant est pâle mais pas très abattue, le pouls est assez bon. Lavement avec 2 gr. d'extrait de ratanhia. Vers 11 heures du matin, nouvelle hémorrhagie de 150 cent. cubes, puis une autre encore vers 2 heures un peu plus abondante (200 cent. cubes environ) On injecte encore de l'ergotinine et 20 cent. cubes de serum artificiel. Vingt minutes après l'injection, nouvelle hémorrhagie (125 cent. cubes). A 6 henres, nous voyons l'enfant qui est très pâle, très assoupie ; pas de refroidissement des extrémités, pouls rapide mais assez fort, léger tremblement des mains. Dans la nuit, trois nouvelles hémorrhagies donnant au total 300 cent. cubes de sang environ ; on injecte ergotinine et sérum artificiel. Le matin, les extrémités inférieures sont froides ; l'enfant est à peu près inerte et son pouls est filiforme. Champagne, lait glacé, on n'a pas cessé les applications de glace.

Dans la journée du 18, pas d'hémorrhagie nouvelle, mais à titre de précaution on injecte de l'ergotinine à 10 h. et à 6 h. : 60 cent. cubes de sérum artificiel.

Le 19, mieux sensible, on cesse les injections d'ergotinine mais on continue celles de sérum ; la température, qui le 18 au matin était tombée à 36°, est remontée maintenant à 39°4.

Le 23, l'état de l'enfant va sans cesse s'améliorant quoi qu'elle soit toujours très pâle ; on supprime les applications de glace.

Début de l'alimentation le 29 sept.— La petite malade ne sort que le 9 nov. à cause de nombreux abcès successifs.

Fin novembre, on la ramène aux blessés avec de la gangrène de la vulve ; elle y séjourne deux mois environ et sort complètement guérie.

Obs. VII. — C. M., 9 ans, entre le 5 mai, au 5e jour. Céphalalgie, par moments délire. Pas de taches rosées, langue typhique, légère diarrhée. Bronchite. Température oscillant autour de 40°. Séro-réaction. Bains à 28° et lavements. Benzo-naphtol.

Le 12, taches rosées, la fièvre commence à baisser depuis 4 jours.

Le 15 au matin, entérorrhagie assez abondante, suivie d'une chute brusque de température jusqu'à 36°2 ; le soir, nouvelle hémorrhagie mais moindre. Pâleur intense, accablement ; le pouls est faible mais peu rapide (120). On cesse bains et lavements simples (qu'on remplace par lavements avec extrait de ratanhia 2 gr.) ; boissons glacées, applications de glace sur l'abdomen, injections de caféine et de serum artificiel.

Le 16, pas de nouvelle hémorrhagie ; la température est brusquement remontée à 40° et s'y maintient.

Le 17, pouls : 144. On continue la caféine.

Le 19, la défervescence a commencé depuis deux jours, le pouls est meilleur (126), les pulsations sont bien frappées, on supprime la caféine.

Le 24, on revient aux injections de caféine, le pouls étant de nouveau très petit depuis deux jours.

Le 25, l'enfant est très abattue et la température est de nouveau remontée à 40°4.

Le 26 au matin, on constate un écoulement purulent abondant par l'oreille droite ; chute brusque de température de plus de deux degrés.

Le 28, le pouls est redevenu bon et l'on supprime la caféine.

Le 5 juin, début de l'alimentation. Petit abcès de la région occipitale. Amaigrissement intense ; un peu de douleur dans les muscles du mollet. Desquamation.

3 juillet, un peu de diarrhée. Exeat le 20 juillet.

Voici maintenant l'histoire d'une autre fillette ayant eu aussi d'abondantes hémorrhagies intestinales dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme méningitique.

Obs. VIII.— O. J., 7 ans, entrée le 27 mai. Mère morte tuberculeuse alors qu'elle nourrissait sa fille. Enfant toujours chétive. Rougeole, il y a un mois, dont elle ne s'est pas bien remise ; il y a quinze jours elle s'est plainte de céphalalgie per-

sistante, de nausées puis vomissements. Constipation ; une purgation amène quelques selles, puis la constipation reparaît.

Le 27 mai, deux épistaxis ; l'abdomen est si douloureux, dit la grand'mère, qu'elle crie dès qu'on le touche.

Le 28, elle perd à peu près complètement connaissance, mais reconnaît encore sa grand'mère ; elle cesse de parler et pousse des cris plaintifs sans discontinuer. Sa main se porte machinalement vers sa tête. Au moment de son entrée à l'hôpital, prostration absolue ; elle retombe lourdement si on la soulève. Paraît comprendre car, après plusieurs demandes, elle montre sa langue. Pas de raideur de la nuque ni des membres. Cris hydrencéphaliques. Langue typhique. Ventre ni déprimé ni ballonné. Quelques petites taches sans caractères nets. Léger gargouillement à droite, de ce côté la douleur paraît plus marquée, mais palpation difficile, car l'enfant ne cesse de crier. Constipation. Respiration suspirieuse ; une inspiration profonde immédiatement suivie de 3 ou 4 inspirations moins profondes et rapides, puis apnée. Rien à l'auscultation.

Le 31 mai, pupilles dilatées et paresseuses, réagissant pourtant ; pas de strabisme. A la suite d'une purgation donnée hier, selles très nombreuses, continuant encore.

1er juin. — Diarrhée persistante ; sous-crépitants aux bases. Bains à 30° avec affusions froides sur la tête.

Le 2, *séro-réaction* nette à 1/10. L'enfant crie moins ; diarrhée très forte (on donne bismuth et benzo-naphtol). Les bains sont portés à 28°, la fièvre s'étant élevée, la veille, à 40°4.

Le 7, l'état général commence à s'améliorer, la prostration diminue quand, le soir, très forte hémorrhagie intestinale ; nous n'avons pu malheureusement apprécier nous-même l'abondance de l'hémorrhagie. Applications de glace sur l'abdomen ; potion avec extrait thébaïque 0,02. La température rectale, prise une demi-heure avant l'entérorrhagie, avait accusé une défervescence brusque (de 38°7 à 3 heures, jusqu'à 36°8), à minuit, la température commence à se relever (37° 8 pour arriver à 39°6 au matin du 8. L'enfant est alors très abattue et pâle ; ses mains

sont agitées de tremblements continuels ; le pouls n'est pas mauvais, 112 pulsations bien nettes. On prescrit deux injections par jour d'ergot de seigle, lait glacé, continuation des applications de glace sur l'abdomen et de l'extrait thébaïque.

Le 10, le pouls n'est pas brillant, 158 pulsations peu sensibles. Plus de nouvelle hémorrhagie quoique une chute brusque de température semble l'indiquer. Suppression de l'opium, de l'ergot et des applications de glace.

14 juin. — Deux nouvelles entérorrhagies dans la soirée dont une abondante. Application immédiate de glace sur l'abdomen.

15. — L'enfant paraît mieux ; l'hémorrhagie n'a pas amené de chute de température cette fois. On reprend les injections sous-cutanées d'ergot. L'enfant commence enfin à sortir de sa torpeur ; elle prononce le mot de « Maman ».

17. — Suppression de l'ergot. L'enfant demande maintenant tout ce qu'elle veut, mais la parole est encore un peu embarrassée ; la fièvre tombe. Deux petites ulcérations sous la langue.

22. — Nouvelle ulcération à la pointe de la langue ; desquamation.

23 juin. — Début de l'alimentation.

14 juillet. — Depuis 5 jours on avait cessé de prendre la température qui était complètement normale, quand hier soir $40^{0},4$, céphalalgie, maux de ventre. On ne trouve rien pour expliquer cette élévation.

18. — La fièvre continue, la température oscille autour de 39^{0} ; diarrhée verte et lientérie. Acide lactique 2 gr.

20. — Légère hématémèse ; toujours diarrhée verte ; l'acide azotique colore en violet les selles vertes.

25. — La diarrhée verte a cessé et l'on supprime l'acide lactique.

1er août. — Les parents emmenèrent l'enfant avant guérison complète. La température est près de la normale ; la langue n'est pas complètement dépouillée. Etat cérébral faible.

L'observation suivante est d'un moindre intérêt clinique, aussi est-ce surtout à cause de l'examen nécropsique que nous la publions.

Obs. IX. — M. J..., 4 ans, entre le 16 mai au 6e jour. Epistaxis le 3e jour. A son entrée, céphalalgie, peu d'abattement ; par moments léger délire. Lèvres fuligineuses ; langue chargée ; douleurs à la pression assez bien localisées dans la fosse iliaque droite. Constipation. Taches rosées. Pas de signes pulmonaires. Température 40°,2. Séro-réaction. Bains.

19 mai. — La température se maintient au-dessus de 40° mais l'enfant n'est toujours pas très abattu. Le soir pouls très petit et très rapide, piqûre de caféine.

20. — Le pouls est meilleur (132) ; les lèvres sont toujours fuligineuses et saignantes, la langue est assez humide.

21. — Epistaxis (il y en avait eu une le 18).

25. — Les lèvres sont très saignantes, on les lave plusieurs fois par jour à l'eau boriquée ; douleurs au niveau des deux genoux.

26. — Vers 4 heures l'enfant à une légère hémorrhagie intestinale ; on supprime les bains et on donne des lavements boriqués frais.

31. — Depuis plusieurs jours difficulté de l'alimentation ; l'enfant rejette le lait sans l'avaler.

1er juin. — On a fait pénétrer hier un peu de lait par une sonde introduite par le nez, mais quelques instants après l'enfant a rejeté ce lait. Quelques secondes après le gavage, syncope. Ce matin respiration fréquente, élévation de température ; à l'auscultation foyer de broncho-pneumonie à la base gauche. Enveloppements frais du thorax et injections sous-cutanées de caféine (0,40 en deux fois). Décès le soir à 9 heures.

Autopsie le 3 juin au matin. — Rate assez volumineuse mais ferme, très congestionnée, presque noire à la coupe. Dans le poumon gauche quelques ecchymoses sous-pleurales à la base ; au sommet emphysème ; le lobe inférieur splénisé ne crépite plus

et tombe au fond de l'eau ; pas de pus dans les petites bronches. Les ganglions mésentériques ne sont pas très gros. L'intestin présente des lésions typiques. A la partie terminale de l'intestin grêle, plaques de Peyer et follicules clos sphacélés confluents, ne peuvent être comptés ; à partir de ce point jusqu'à 1 mètre au-dessus on compte 32 ulcérations profondes de grandeurs diverses. Les plaques de Peyer simplement gaufrées sont plus nombreuses encore et remontent plus haut. Dans l'appendice iléo-cæcal on note une coloration assez forte de congestion et de nombreux follicules hypertrophiés.

Pour en finir avec ce sujet, ajoutons l'observation suivante recueillie par M. Sivan, étudiant en médecine.

Obs. X. — E. L..., 6 ans, entre le 23 novembre salle Zarifi, malade depuis 4 jours ; deux ou trois épistaxis. Au moment de l'entrée langue blanche à bords rougeâtres ; pas de ballonnement du ventre ni de gargouillement bien net ; diarrhée. Température 40°,2. Purgatif léger et benzonaphtol.

Le 25, la température se maintenant très élevée on commence les bains à 28°

Le 27, hémorrhagie intestinale légère ; suppression des bains.

Dans la nuit du 1er au 2 décembre, hémorrhagie intestinale assez forte ; nouvelle hémorrhagie dans la matinée : applications de glace ; potion avec 0,75 d'ergotine ; lavement avec 2 gr. d'extrait de ratanhia. Etat de torpeur assez marquée ; mains et visage froids contrastant avec la chaleur du corps (39°,8).

Le 3, depuis hier plusieurs nouvelles hémorrhagies intestinales ; la température baisse rapidement à 38° ; injections de sérum artificiel.

Le 4, nouvelles et fréquentes hémorrhagies intestinales depuis hier matin. Décès à 10 heures du matin.

A l'autopsie le lende- main, on trouve les ganglions mésentériques très engorgés. Nombreuses plaques de Peyer ulcérées, dans la dernière portion de l'intestin grêle. Une d'elles a même amené

une perforation de l'intestin ; comme il n'y a pas de foyer voisin de péritonite, l'ulcération était peut-être très profonde et la perforation se serait produite à l'autopsie.

La perforation intestinale nous a paru incomparablement moins fréquente. Deux seulement de nos malades ont présenté un ensemble symptomatique propre à éveiller l'idée de la perforation intestinale ; malheureusement l'exactitude du diagnostic, n'a pu être constatée à l'amphithéâtre par opposition des parents à l'autopsie. Néanmoins le premier d'entre eux au moins ne nous paraît pas douteux au point de vue clinique. Voici ces deux observations.

Obs. XI. — G. L .., 8 ans, entre le 8 mai, au 8e jour de sa maladie. Céphalalgie, prostration ; injection des conjonctives. Langue rôtie ; abdomen douloureux ; diarrhée fétide. Pas de taches rosées. Toux fréquente ; à l'auscultation, bronchite généralisée intense. Température 39°,8 Bains et lavements.

Le 11, on pratique le séro-diagnostic qui donne une réaction assez nette ; la fièvre est très vive ; elle atteignait la veille au soir près de 41° et maintenant encore 40°,6.

Le 12, le pouls faiblit : on prescrit une potion avec caféine 0,75.

Le 13 au matin, chute brusque de température de trois degrés ; les battements du cœur sont faibles ; l'abdomen est ballonné et très douloureux à la pression. On prescrit applications de glace sur l'abdomen.

Le 14, depuis la veille après la visite, l'enfant a des vomissements porracés malgré glace et Champagne ; la température qui était encore descendue le soir (36°,6) est remontée ce matin à 40°,2. Les traits sont tirés ; la perte de connaissance est absolue ; le pouls devient de plus en plus mauvais (156). On donne 0,05 d'extrait thébaïque.

Le 15, les vomissements ont cessé mais l'état général empire encore. L'injection des conjonctives s'accentue, la cornée perd de sa transparence. Le facies abdominal est manifeste. Le pouls

est rapide (160) et dépressible, la respiration fréquente (35 à la minute). Constipation, on supprime l'opium.

Le 16, nouvelle chute brusque de température à 37° ; le soir, le thermomètre remonte à 40°,?.

Le 17, état à peu près stationnaire, pourtant la fréquence du pouls a encore augmenté (180). Le ballonnement a disparu, le ventre est excavé au contraire, mais il ne paraît pas très douloureux à la pression.

Le 18 au matin, on ne peut plus arriver à compter les battements du pouls, très difficilement perceptibles ; les bruits du cœur eux-mêmes ne s'entendent presque pas. Injections de caféine et d'huile camphrée. A l'auscultation des poumons on ne trouve plus de bronchite mais de la congestion hypostatique. Diarrhée. Décès dans l'après-midi à 1 heure. Pas d'autopsie.

Obs. XII (recueillie par M. Raybaud, externe du service. — M. B..., 9 ans, entre aux fiévreux le 5 août, malade depuis 14 jours. Epistaxis quelques jours avant son entrée. Constipation au début puis diarrhée. Actuellement céphalalgie intense, prostration, délire. Lèvres et langue fuligineuses, ventre ballonné très douloureux, diarrhée peu abondante mais très fétide. Température 39°4. Un demi-verre d'eau de Sedlitz le premier jour puis bains à 25° et lavements.

Le 10. — Séro-diagnostic positif, énorme agglutination immédiate au 1/10.

Le 12. — La moyenne de la température s'est élevée, elle atteint maintenant 40°, benzo-naphtol 1 gr.

Le 19. — Après une chute de température à 38°8, l'enfant est pris brusquement de vomissements jaunâtres. La toux a augmenté mais pas de dyspnée. Le soir, la fièvre atteint 41°, le pouls bat à 168, frissons et refroidissement des extrémités, mais le ventre n'est pas très ballonné et peu douloureux. Injection de caféine.

Le 20. — Nouvelle chute de température à 38°1 ; les vomissements continuent ; l'enfant ne peut rien prendre sans le rendre

aussitôt. Le ventre est maintenant très ballonné et douloureux à la pression. Le pouls est moins rapide et plus régulier. Facies péritonéal. Pas de délire ni de perte de connaissance. Application de glace sur le ventre. Boissons glacées. Mais l'enfant succombe, avec les mêmes symptômes, le 21 à 3 heures du matin. Pas d'autopsie.

Un troisième malade a présenté des accidents de ce genre, mais il n'existait probablement qu'un foyer circonscrit de péritonite et il se remit très bien.

Obs. XIII. — A. A..., 6 ans et demi, entre le 24 août, malade depuis 8 jours environ; une sœur est soignée dans le service pour fièvre typhoïde. A l'entrée, abattement peu marqué. Langue blanchâtre, rouge sur les bords, ventre douloureux à la pression surtout dans la fosse iliaque droite, constipation. Pas de taches rosées ni de bronchite. Température 40°6. Bains et lavements froids, benzo-naphtol 2 gr., quinine 0.50, en deux cachets.

Le 26. — L'enfant a quelques vomissements porracés. Le ventre est très douloureux à la pression sur toute sa surface mais surtout dans la fosse iliaque droite. Pas de chute de la température qui se maintient dans les environs de 40°. Suppression des bains. Glace sur l'abdomen, boissons glacées, ergotine, 1 gr.

Le 28. — L'état de l'enfant est stationnaire; les vomissements porracés continuent On supprime l'ergotine et l'on donne une goutte de laudanum de Sydenham dans la potion de benzo-naphtol.

Le 1er septembre. — L'état est bien amélioré ; la fièvre est de 38°, mais la température a mis trois jours pour en arriver là par une descente en lysis, les vomissements ont cessé. Le séro-diagnostic est positif au 1/10.

Le 8. — La température est complètement normale depuis quatre jours, le pouls est bien frappé, on commence l'alimentation.

Le 11. — Incision d'un abcès du cuir chevelu. Exeat le 20 septembre.

Il est probable que la poussée de péritonite de cet enfant était due non pas à une perforation intestinale mais à un foyer d'appendicite comme peut le faire soupçonner la douleur bien circonscrite dans la fosse iliaque droite. De plus, pas de chute de température brusque au moment du début des accidents péritonéaux, chute brusque qui, d'après M. le professeur Dieulafoy, serait caractéristique de la péritonite par perforation, tandis que la péritonite consécutive à une appendicite coïnciderait avec une élévation de température. L'exemple suivant viendrait à l'appui de cette opinion.

Obs. XIV. — V. M..., 5 ans, entre le 8 mai, au huitième jour. Au moment de son entrée ; céphalalgie et dépression. Lèvres fuligineuses, langue saburrale, douleurs peu intenses dans l'abdomen, légère diarrhée. Taches rosées. Bronchite légère. Température 40°2. Bains à 28° et lavements. Benzo-naphtol.

Le 11. — Séro-réaction nette à 1/10.

Le 17. — L'enfant est à peu près rétablie ou du moins en très bonne voie de guérison.

Le 20. — On commence à alimenter la convalescente. Pouls bon et lent (72).

Le 27. — Depuis le 21 la température subit des oscillations ascendantes ; hier au soir, 39°2, ce matin 38°6 : on renonce aux potages pour revenir au lait.

Le 2 juin. — La température était revenue à la normale depuis deux jours, par oscillations descendantes quand, subitement, hier au soir, fièvre de 39°4. En même temps, l'enfant se plaint du ventre et a un vomissement alimentaire. Pendant la nuit les vomissements ont continué et ce matin ils sont nettement porracés et fréquents. Vers 2 heures du matin, l'enfant a présenté du refroidissement des extrémités ; à 6 heures, le thermomètre accusait 39°. Le ventre est très douloureux surtout dans la fosse

iliaque droite ; la diarrhée qui avait persisté légère jusqu'ici a laissé place à de la constipation. Ténesme vésical. Le pouls filiforme bat à 172. Injections de sérum artificiel, vessie de glace sur l'abdomen, lait et Champagne glacés.

Le 3. — Les vomissements ont continué toute la journée d'hier et toute la nuit ; ils sont verts. L'enfant vomit dès qu'elle a pris quelque chose. Pas de ballonnement de l'abdomen ; celui ci est très douloureux spécialement à droite. Les traits sont tirés, le pouls très petit ne peut être compté, le cœur a 164 battements. L'enfant a toute sa connaissance et ne cesse pas de demander à boire. On recommande pourtant les boissons rares et en petite quantité, toujours glacées. Décès l'après-midi à 2 heures

Autopsie. — Poumons. Bases congestionnées et splénisées même, surtout la base gauche. Cœur et foie normaux. Rate congestionnée, gelée de framboise. Ganglions du mésentère volumineux. Intestin : sur la face péritonéale petits amas fibrineux par places : l'extrémité inférieure de l'intestin grêle est très congestionnée. L'intestin encore en place, on cherche le point malade, au niveau du cœcum se trouve un foyer purulent et l'on croit voir une perforation de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, à bords irréguliers. On réséque, entre deux ligatures, la moitié inférieure de l'intestin grêle et le cœcum et on l'examine. On a peine à trouver l'appendice ilio-cœcal ; après de patientes recherches on finit par le trouver accolé au cœcum auquel il est réuni par des tractus fibrineux. On l'ouvre au moyen d'une sonde introduite par l'orifice cœcal et l'on voit sa paroi à peu près normale congestionnée seulement ; pas de perforation. Pas de perforation non plus sur l'intestin grêle ni le cœcum. On conclut à un foyer extra-appendiculaire entre le cœcum et l'iléon : ce que l'on avait pris tout d'abord pour une perforation était une déchirure artificielle de la paroi de l'abcès. La cause probable de la mort serait l'ouverture de la péri-appendicite dans le péritoine, d'où péritonite.

Il est une autre complication du côté de l'appareil digestif qui s'est montrée fréquente pendant cette épidémie et sur laquelle les auteurs ne nous paraissent pas avoir insisté : la *diarrhée verte*. Quatorze de nos malades en effet en ont été atteints soit un peu plus de 13 0/0 ; ce serait donc là une des complications les plus fréquentes de la fièvre typhoïde chez les enfants, la plus fréquente même.

Tous ne l'ont pas présentée avec la même intensité. Chez quelques uns tout se borne à l'émission de quelques selles verdâtres, mais c'est là la minorité, deux malades à peine. En règle générale les malades ont par jour plusieurs selles vertes, avec ou sans lientérie, ayant absolument l'aspect des selles vertes du nourrisson. Cette complication est très inégalement supportée.

Chez quelques uns l'état général persiste relativement bon ; d'autres qui étaient déjà bas auparavant, ne peuvent supporter cette nouvelle cause d'affaiblissement et meurent rapidement.

On pourrait supposer que ce sont seulement les plus jeunes de nos malades qui ont présenté cette complication. Si nous en faisons le relevé âge par âge, nous parvenons aux résultats suivants :

1	cas	à	15 mois.	3	cas	à	7 ans.
1	—		17 —	2	—		11 —
1	—		2 ans.	1	—		12 —
2	—		2 — 1/2.	1	—		13 —
2	—		3 —				

La moitié seulement des malades étaient donc dans la première enfance ; les sept autres avaient atteint la deuxième.

Chose curieuse, les plus jeunes de nos malades paraissent mieux supporter cette complication que les autres, puisque nous n'avons dans la première catégorie qu'un seul cas suivi de mort et encore s'agissait-il d'une petite fille atteinte depuis

plus de huit jours de broncho-pneumonie. Parmi les grands nous avons eu 3 décès sur 7.

Notre observation 8 contient déjà un cas de diarrhée verte ; nous en relaterons cinq autres.

Obs. XV. — F. J., 17 *mois*, entre le 11 mai, malade depuis dix jours Prostration. Langue chargée, pas de douleurs abdominales nettes. Diarrhée verte assez abondante. Eruption de taches rosées, l'avant veille paraît-il. Signes de bronchite. Température 40°2. Cognac et bains à 30°.

Le 12, séro-diagnostic avec réaction très nette à 1/10.

Le 18, depuis deux jours la diarrhée n'est plus verte mais jaune ocre. La température est normale aujourd'hui (17^{me} jour). On note encore quelques rares taches rosées ; la langue n'est pas encore bien dépouillée. L'état général est assez bon ; la petite malade est à peu près toujours assise sur son lit. Exeat le 25 ; rétablissement complet.

Obs. XVI. — (Recueillie par M. Raybaud, externe du service). R. A., 3 ans, entre le 30 juillet, au 12^{me} jour de sa maladie. A son entrée : abattement très marqué. Lèvres et langue sèches, fuligineuses. Ventre ballonné, douloureux surtout dans la fosse iliaque droite où il y a du gargouillement. Diarrhée. Taches rosées. Signes de bronchite. — Température 40°4. On donne le premier jour 0,30 de calomel, puis bains et lavements froids.

1er août.— Diarrhée verte, abattement très marqué, refroidissement après les bains. Contre la diarrhée verte on prescrit acide lactique 1 gr. 50.

Le 2, après les bains, toujours refroidissement considérable ; on élève la température de ceux-ci à 30°. Injection de sérum artificiel.

Le 3, séro-diagnostic positif très net à 1/10. Gros amas immédiats.

Le 4, la diarrhée verte continue toujours ; la température commence à baisser, mais l'abattement est encore très marqué.

Le 10, la température est normale depuis trois jours, la diarrhée a considérablement diminué, plus d'abattement, on recommence l'alimentation.

Le 12, l'enfant convalescente est emmenée par ses parents.

Obs. XVII. — M. A., 11 ans, entre le 9 janvier ; a eu, au dire du médecin en ville, une petite fièvre typhoïde, puis s'est levé pour retomber malade quatre jours après. Serait actuellement au cinquième jour de sa rechute. A son entrée : céphalalgie, prostration, par moments délire. Lèvres sèches, langue caractéristique, pas de douleurs abdominales, constipation. Pas de taches rosées. Bronchite (ronflants surtout). Température 39° 4. Purgatif le même jour, puis bains à 28° et lavements.

10 juin. — Etat stationnaire. Eruption abondante de taches rosées, envahissant l'abdomen, le thorax, le dos et les parties supérieures des cuisses.

Le 12, diarrhée verte assez abondante, 2 gr. d'acide lactique.

Le 15, la diarrhée n'est plus verte mais ocre, on supprime l'acide lactique et l'on donne bismuth et benzo-naphtol. Epistaxis légère, sudamina très nets sur toute la face antérieure du tronc et l'abdomen; la défervescence est complète. Séro-réaction nette le même jour.

Le 18, depuis la suppression de l'acide lactique, de nouveau diarrhée verte; on y revient.

Le 21, plus de diarrhée verte ; on ne donne plus qu'un gramme d'acide lactique.

Le 22, alimentation. Exeat le 26.

Obs. XVIII. — R. A., 11 ans, entre le 12 décembre, malade depuis quatre jours. Constipation d'abord, puis diarrhée. Actuellement : céphalalgie, abattement intense. Langue sèche, rapeuse et sale. Ventre très douloureux à la pression mais sans localisation spéciale de la douleur. Diarrhée verte. Pas de taches rosées ni de bronchite. Surdité. Température 40°6. Purgatif le jour de son entrée, puis bains à 28°. Lavages d'intestin matin et soir. Benzo-naphtol.

14 décembre. — De 0,20 à 0,30 d'albumine dans les urines. L'enfant a toujours une diarrhée verte très abondante ; on donne de l'acide lactique à haute dose et on ne nourrit la malade qu'avec du lait stérilisé. Ensemencement d'une portion de selle dans du bouillon (coli-bacille non virulent).

Le 15, le pouls est petit et rapide (140), le premier bruit du cœur ne s'entend presque pas ; on fait cesser les bains et l'on injecte de la caféine. Foyer de sous-crépitants à la base gauche, mouvements respiratoires alternativement très rapides, puis très ralentis. Coliques, ventre très douloureux à la pression.

Le 16, délire depuis hier; la fièvre est toujours aussi forte. L'état général est déplorable. Les selles toujours diarrhéiques ne sont plus vertes mais jaunes. On recueille une goutte de sang pour le séro-diagnostic qui donne une réaction peu intense. Décès le 17 décembre à 6 heures du matin.

Autopsie le lendemain. Cœur, rien. Poumons très congestionnés à la base. Reins également congestionnés. Rate assez grosse (l'ensemencement dans du bouillon après piqûre donne du bacille d'Eberth pur). Intestin : la terminaison de l'intestin grêle est infiltrée et très épaisse, un peu de congestion. Follicules clos très hypertrophiés ; nombreuses plaques de Peyer gaufrées dont une énorme. L'appendice est très congestionné, turgescent et atteint presque le diamètre du petit doigt ; il reste perméable et son extrémité cœcale est saine. Pas de péritonite locale.

Obs. XIX.—P. C., 12 ans, entre le 17 septembre, malade depuis quinze jours. Constipation au début, puis diarrhée. A son entrée: céphalalgie, abattement, douleur à la nuque et dans les jambes. Langue peu chargée, abdomen douloureux dans toute son étendue mais surtout au niveau de la rate où elle est très nette et dans la fosse iliaque droite. Diarrhée. Taches rosées. Toux, mais pas de signes de bronchite à l'auscultation. Température 39°8. Lavements, benzo-naphtol.

Le 23, séro-réaction immédiate très intense au 1/10.

Le 25. La maladie avait au début des allures bénignes, mais subitement la température s'est fortement élevée et s'est maintenue élevée oscillant autour de 40°. Bains.

Le 26, un peu d'angine avec de petits points jaunâtres sur les amygdales; badigeonnages de glycérine résorcinée à 1/10.

Le 27, les lèvres, les gencives, toute la bouche est saignante et sèche.

Le 28, petite éruption polymorphe sur le tronc et les membres. L'état général est mauvais ; on donne extrait mou de quinquina et alcool.

5 Octobre. — La défervescence est à peu près complète; malgré cela l'état de l'enfant est toujours mauvais : la bouche est toujours noirâtre ; hébêtement et surdité, sur la fesse droite il y a plusieurs taches noires de gangrène ; l'enfant ne demande pas le vase et se salit dans son lit.

Le 6, on lui retire de la bouche en la nettoyant un ascaric lombricoïdes.

Le 9, l'enfant est toujours aussi mal, la gangrène s'étend maintenant aux deux fesses; le pouls est assez bon, la température normale. L'analyse des urines donne 0,60 d'albumine

Le 26. Quoique l'état fut sensiblement le même on commençait à faire manger le malade, quand sa diarrhée, qui n'avait pas cessé, a augmenté dans de fortes proportions; la nuit dernière il a eu des selles verdâtres; on donne extrait de cachou et laudanum et l'on revient au lait. La maigreur du jeune malade et sa faiblesse sont extrêmes; toujours pas de température. Les plaies gangréneuses tendent à se cicatriser.

Le 27, depuis hier les selles sont nettement vertes.

Le 28, diarrhée verte toujours, excessivement intense ; on donne 3 gr. d'acide lactique qui ne diminuent pas le nombre ni la coloration des selles. Le soir, les extrémités se refroidissent vers 6 heures et l'enfant meurt dans le collapsus à 9 heures du soir.

Autopsie le 30 au matin. Lésions étendues de broncho-pneumonie, surtout marquées du côté gauche qui est entièrement

hépatisé. Reins congestionnés. Intestin entièrement rempli d'une énorme quantité de matières fécales jaunâtres. Plaques de Peyer en voie de cicatrisation dans la partie terminale de l'intestin grêle, mais peu nombreuses.

C'est à dessein que dans notre relevé des diarrhées vertes nous avons laissé de côté deux cas accompagnés d'accidents choléri formes chez deux petites typhiques de 3 ans, à la suite de l'entrée dans la salle d'un cas de choléra infantile Voici l'une de ces observations :

Obs. XX. — J. T., 3 ans, entre le 12 juillet, malade depuis sept jours. A son entrée: céphalalgie, abattement peu marqué. Lèvres très saignantes, langue noirâtre, ventre ballonné mais paraissant peu sensible, pas de diarrhée. Taches rosées. Bronchite. Température 40°1. Purgatif le premier jour, puis bains à 28° et lavements.

15 Juillet.— Séro-diagnostic positif mais de faible intensité.

20.— Etat sensiblement le même, pourtant fièvre moins vive, lèvres toujours saignantes.

25. — Le nez donne issue à un écoulement sanieux abondant; lavages et instillation d'huile mentholée.

26.— L'enfant a été prise dans la soirée de la veille d'accidents choléri formes avec diarrhée verte abondante, algidité (refroidissement périphérique avec hyperthermie centrale) après l'entrée dans la salle d'une enfant de 25 jours atteinte de choléra infantile. Ces symptômes continuent en s'aggravant. Lavages d'intestin; diète hydrique, injections de sérum artificiel. Décès le 27, à 7 h. du matin. Pas d'autopsie.

Parmi les complications plus rares nous citerons le cas d'un enfant de 4 ans qui, au moment de sa convalescence, eût pendant quelques jours des selles dysentériques et un autre petit malade de 5 ans, également en convalescence de fièvre typhoïde,

qui fut pris d'accidents de cholécystite avec ictère et nous fut amené de la ville dans cet état.

Obs. XXI.— T. A., 5 ans, aurait eu une fièvre typhoïde, il y a un mois et demi ; depuis une dizaine de jours on avait repris l'alimentation et le malade commençait à se lever. Dans la nuit du 22 au 23, douleur vive de l'abdomen, ictère le lendemain matin et prostration. A son entrée à l'hôpital le 23, on constate une fièvre vive (40°2) et une prostration très grande. Les téguments ont une teinte jaune et la conjonctive est franchement ictérique. Langue saburrale, l'abdomen est ballonné et douloureux à la palpation, mais au niveau de la vésicule biliaire cette douleur est très intense, la percussion du foie est pénible pour le malade et ne donne pas de renseignements nets Les selles sont complètement décolorées, et au milieu du flux diarrhéique on trouve de petites masses blanches semblables à du mastic. Foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, pas de dyspnée. Calomel, 0,50. Lavements froids le soir de son entrée. Le lendemain benzo-naphtol et lavements tièdes.

25. — Séro-réaction très nette. Les urines sont brunes et présentent nettement la coloration verte par l'acide nitrique nitreux. La température est remontée à 39°4 après une chute brusque à 36° hier au soir.

26. — La douleur au niveau de la vésicule a sensiblement diminué en même temps que la teinte ictérique s'efface et que les selles commencent à se colorer. La réaction des pigments biliaires dans l'urine est bien moins nette. Les phénomènes pulmonaires se sont bien amendés.

29. — Apyrexie depuis deux jours, presque plus d'ictère, traces de pigments biliaires dans les selles.

12 juillet. — Le pouls qui, après la chute de la température, était devenu très lent a repris sa fréquence. Pâleur de la face, mais bon état général. Exeat.

Dans les voies digestives supérieures rien de spécial si ce n'est la fréquence des ulcérations des lèvres déjà signalée à pro-

pos des symptômes, un ou deux cas d'angine pultacée et un de muguet. Parfois des ulcérations de la langue.

Sous le titre de *complications pulmonaires* nous ne comprendrons pas les cas de bronchite, si intense soit-elle, ou de congestion pulmonaire ; elles se rencontrent assez souvent pour qu'on puisse en faire des symptômes de la fièvre typhoïde. Il n'en est pas de même de la broncho-pneumonie dont nous avons rencontré dix exemples.

Sept cas se sont produits dans les premiers jours ou dans le cours de la fièvre typhoïde, trois cas pendant la convalescence. Le tout jeune âge a naturellement payé le plus fort tribut, deux cas seulement au-dessus de 5 ans, l'un concernant un enfant de dix ans, l'autre un enfant de 12 ans. Cette complication a toujours été des plus graves : trois malades seulement ont survécu ; sur les trois, deux étaient à peu près guéris de leur fièvre typhoïde quand la broncho-pneumonie s'est déclarée.

Nous avons déjà cité deux cas de broncho pneumonie typhique (obs. 5 et 9) ; nous aurons encore l'occasion d'en citer d'autres, aussi nous contenterons-nous de l'observation suivante.

Obs. XXII. — V. F. 2 ans 1/2 entre le 11 juin, malade depuis 6 jours. Actuellement : Céphalalgie, peu d'abattement. Langue chargée, abdomen douloureux, légère diarrhée. Taches rosées. Bronchite généralisée, quelques sous-crépitants à la base droite. Température 38°. Séro-réaction nette à 1/10 le 16 juin.

21. — Les signes pulmonaires ont diminué d'intensité ; jusqu'ici le tracé thermique est très irrégulier, la température étant tantôt normale, tantôt proche de 40°.

23. — L'enfant est très affaissée, la température est très élevée (40°) ; à l'auscultation on trouve du souffle à la base droite et des sous-crépitants; enveloppements frais du thorax chaque 1/4 d'heure d'abord puis toutes les demi-heures, cognac. L'en-

fant est constipée, le ventre ballonné, suppression du benzo-naphtol.

24. — Eruption rubéoliforme sur la face ; sur le corps l'éruption est beaucoup plus discrète, quelques petits éléments disséminés qui ne sont peut-être que des taches rosées.

26. — L'éruption a pâli. Des deux côtés râles sous-crépitants assez fins aux bases.

30. — Depuis hier diarrhée verte ; acide lactique 2 gr. L'état général est mauvais, la respiration est très fréquente, le pouls, très faible, à 148, très irrégulier; toujours du souffle et des sous-crépitants à la base droite ; amélioration à gauche. Décès à 5 heures du soir. Pas d'autopsie.

Les *complications cardiaques* sont à bon droit des plus redoutées chez l'adulte; chez l'enfant elles n'ont pas été très fréquentes puisque cinq seulement de nos malades ont présenté des accidents de myocardite, assez nettement caractérisés. L'un d'eux, une fillette de 14 ans, mourut cyanosée à la fin du 2e septénaire. Nous n'en avons pas perdu par syncope.

L'observation suivante nous a paru assez intéressante pour être publiée ; comme on le verra la malade dont il s'agit a présenté, en outre des accidents cardiaques, d'autres complications.

Obs. XXIII. — C. M., 7 ans, entre, le 31 août, malade depuis 8 jours. A son entrée, prostration absolue, facies très pâle. Langue blanche (on ne peut la voir avec netteté), douleurs abdominales à la pression, constipation. Toux, signes de bronchite. Pas de taches rosées. Température 40°2. Purgatif salin.

1er septembre. — Séro-réaction mais de faible intensité.

2. — On ordonne les bains, mais le pouls étant petit et misérable, ils devront être surveillés de près et donnés à 30°. Mais au premier bain, l'enfant pâlit encore, paraît prête à tomber en syncope et l'on est obligé de la retirer rapidement.

A l'auscultation du cœur on trouve de l'embryocardie ; on prescrit potion avec 0,25 de caféine.

3. — L'état du cœur n'est pas meilleur, et l'on fait dans la journée trois injections de 0,15 de caféine. Dans la nuit, la caféine est remplacée par l'huile camphrée à 1[10, 1 cent. cube chaque 4 heures.

4. — Le cœur paraît s'être relevé un peu, les bruits sont plus forts mais le rythme est toujours à un temps. Les injections de caféine et d'huile camphrée sont remplacées par 20 cmc. de sérum artificiel, matin et soir.

5. — Etat du cœur sensiblement le même.

7. — Elévation de température dûe probablement à la formation d'un abcès dentaire à droite. Le soir, les bruits du cœur sont sourds, mal frappés et difficiles à compter ; près de 200 pulsations.

11. — L'enfant est un peu mieux ; elle paraît plus éveillée et son pouls est meilleur. Le soir, élévation considérable de température jusqu'à 41°4.

14. — Incision de l'abcès dentaire ; la fièvre a bien diminué.

21. — On s'aperçoit d'un écoulement purulent par l'oreille droite. Injections boriquées.

28. — Hier au soir, l'enfant se plaignait d'avoir mal aux dents; on voyait, en effet, de la tuméfaction dans la région molaire droite ; en introduisant le doigt dans la bouche de l'enfant on sent sur le bord gingival droit et supérieur un point au niveau de la deuxième petite molaire où l'os est complètement mis à nu sur une surface d'un cent. carré environ. Vu l'état général de l'enfant on ne juge pas à propos d'intervenir encore ; on se contente de faire plusieurs fois par jour des attouchements avec une solution forte de permanganate de potasse.

29. — Petit abcès de la cuisse gauche.

10 octobre. — Depuis quatre jours, apyrexie, mais l'enfant est très maigre et excessivement faible.

19. — La deuxième petite molaire droite supérieure étant branlante, on l'arrache ; en même temps que la dent la partie nécrosée du maxillaire se détache. Incluse dans le séquestre se

trouve la dent de la deuxième dentition, entraînée avec lui. La douleur a été si peu vive que l'enfant n'a pas jeté un cri.

20. — La petite malade commence à manger un peu.

16 novembre. — Elévation de température qui reste inexpliquée. La plaie gingivale n'est pas encore complètement cicatrisée.

18 décembre. — La plaie est complètement fermée. L'enfant est bien, se lève, mange, reprend des forces. Exeat.

Chez trois malades nous avons trouvé du souffle au premier temps à l'orifice aortique. Peut-être s'agissait-il de lésions anciennes, surtout chez un enfant de dix ans atteint de chorée un an auparavant ; au dire des parents il n'y avait pourtant jamais eu de rhumatisme ni de scarlatine.

A propos des symptômes nous avons déjà parlé de la présence ou l'absence d'albumine ; comme ce sont les seules *complications urinaires* que nous ayions à signaler nous n'y reviendrons pas.

Une petite malade faisant le sujet d'une observation précédente (n° 8) présenta une fièvre typhoïde méningitiforme. Dans deux autres cas suivis de mort, les *accidents méningitiques* furent plus accusés. Nous ne citerons que l'un d'eux.

Obs. XXIV. — M. P., 4 ans, entre le 26 mai, au cinquième jour de sa maladie. A son entrée : céphalalgie, abattement mais insomnie. Langue peu chargée, ventre douloureux et ballonné, diarrhée. Quelques taches rosées. Bronchite. Température 40°4. Bains à 28° et lavements, cognac, benzo-naphtol.

1er Juin. — Séro-réaction nette à 1/10. Les lèvres du malade sont très fuligineuses, on note de petites ulcérations sous la langue.

4. — Le 3, à 9 heures du soir, convulsion qui a duré 5 minutes ; depuis ce moment l'enfant est si agité qu'on a dû l'attacher dans son lit ; il ne cesse de geindre et même de crier. Il n'a pas

eu de vomissements ; la diarrhée continue. Les pupilles, modérément dilatées, réagissent à la lumière mais assez lentement. Le ventre n'est pas déprimé. Pas de raideur de la nuque. Température 38°4. Pouls 152. Les bains sont portés à 30°, on supprime le cognac.

5. — L'enfant a crié toute la journée d'hier, la perte de connaissance est complète. Strabisme convergent. Râles crépitants fins à la partie moyenne du poumon gauche. Le soir, élévation de température à 40°8

7. — Diarrhée persistante malgré 2 grammes de sous-nitrate de bismuth hier. Langue très sèche, lèvres ulcérées. Sur l'abdomen il y a toujours des taches rosées. Sur tout le corps, mais surtout au cou, éruption scarlatiniforme. Décès le même jour à 6 heures du soir.

Autopsie le surlendemain. Poumon droit, rien de particulier, à gauche splénisation, et petits nodules purulents à la base. Reins pâles. — Ganglions mésentériques peu volumineux.

Intestin. — Sur la longueur de l'intestin grêle, plaques de Peyer réticulées, disséminées, assez peu nombreuses, et follicules clos hypertrophiés. A la fin de l'intestin grêle, deux grosses plaques légèrement ulcérées. Rien à l'appendice ni au cœcum. Cerveau. — A l'ouverture de la cavité crânienne léger écoulement de liquide cérébro-spinal. Injection vasculaire de la surface des hémisphères. Œdème de la pie-mère. Pas de lésions de méningite purulente. Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés.

Aucune complication à noter du côté des *organes des sens* si ce n'est pourtant l'ouïe. Chez cinq malades nous avons eu de la surdité, mais toujours surdité temporaire ayant complètement cessé au moment de l'exeat. Une malade pourtant n'entendait pas encore très distinctement à sa sortie de l'hôpital, le mieux pourtant était notable.

Une complication plus grave est celle d'otite purulente que nous avons rencontrée six fois. Une fois l'oreille droite seule était en cause, trois fois la gauche, l'otite était double chez deux

autres malades. La quantité de pus très variable suivant les cas. Tantôt l'on ne voyait sur l'oreiller qu'une petite tache jaunâtre qui attirait l'attention ; tantôt le pus très liquide s'écoulait en quantité beaucoup plus considérable par le conduit auditif externe. Nous avons trouvé comme date d'apparition de l'otite : 15e jour, 17e, 28e, 29e, 34e et 36e ; ce serait donc vers le trentième jour qu'elle se montrerait le plus souvent. L'âge des malades était compris entre 5 et 9 ans.

La courbe de température a toujours présenté des caractères analogues. Une élévation thermique est constatée et l'on ne trouve rien pour expliquer cette augmentation de la fièvre ; l'enfant ne se plaint pas, n'accuse aucune douleur, l'auscultation ne révèle rien d'anormal. La température se maintient élevée pendant quelques jours puis défervescence rapide ; c'est alors que l'on constate l'écoulement du pus. Jamais les malades n'ont accusé de douleurs d'oreilles, du moins nous n'en avons pas eu connaissance.

Chez une de nos malades l'otite purulente fut suivie d'une mastoïdite qui nécessita la trépanation.

Obs. XXV.— P. R., 7 ans, entre le 10 Décembre, malade depuis 7 jours. Pas de céphalalgie, abattement. Langue très chargée et sèche mais rouge sur les bords et la pointe, douleur assez nette dans la fosse iliaque droite, diarrhée intense jaune et verte. Taches rosées, toux, quelques petits sous-crépitants à la base gauche et quelques rares râles sibilants. Température 40°.

Bains, lavages d'intestin, acide lactique 2 gr.

14. — L'enfant, qui a toujours de la diarrhée verte, n'a ce matin que 37° 4, mais toutefois sans refroidissement des extrémités. On porte à 4 gr. la dose d'acide lactique ; l'enfant ne prendra que du lait stérilisé. Ensemencement des selles (colibacille non virulent).

16. — La diarrhée verte a cessé. La séro-réaction pratiquée aujourd'hui n'est pas très intense à 1/10 et disparaît à 1/100.

20. — La diarrhée verte n'ayant plus reparu, on supprime l'acide lactique. Depuis hier soir le thermomètre, qui se tenait entre 38 et 39, atteint 40°. Quelques sous-crépitants fins. Acide benzoïque 0,50. Abcès à l'occiput.

31. — Depuis quelques jours l'enfant présente de la raideur des membres inférieurs. La fièvre qui avait presque disparu est de nouveau forte depuis hier ; peut-être est-elle due à l'apparition d'abcès de la région trochantérienne de chaque côté. L'état général de la petite malade est tout-à-fait mauvais.

7 Janvier. — On note de l'écoulement purulent par l'oreille droite. Injections boriquées.

20. — Rougeur et empâtement de la région mastoïdienne où l'on trouve un point ramolli et douloureux. Passe en chirurgie. M. le Docteur Lauzet pratique la trépanation quelques jours après et ne découvre qu'une quantité minime de pus. Après l'intervention, l'opérée à l'air de se remettre et d'entrer en bonne voie de guérison lorsque, deux ou trois semaines après, la diarrhée verte reparaît tenace et rebelle à tout traitement. En même temps reparaissent les phénomènes observés au début de la maladie ainsi que la contraction en flexion des membres inférieurs. La malade se cachectise peu à peu, la raideur des jambes s'accentue, celles-ci se replient peu à peu, les talons rejoignent presque la partie postéro-supérieure des cuisses. Les parents réclament leur enfant et l'emmènent en ville, le 20 avril, où elle a dû mourir dans le courant du mois suivant.

Les *complications cutanées* sont loin d'être rares. Notons tout d'abord chez quatre malades des éruptions rubéoliformes ou scarlatiniformes. Ces éruptions, toujours de peu de durée, sont-elles dûes à des infections secondaires ? En ce cas les ulcérations des lèvres pourraient bien en avoir été la porte d'entrée, car nous les avons notées chez tous ces malades.

Mais, c'est la fréquence des abcès surtout qui nous a frappée. En éliminant trois abcès dentaires nous pouvons en réunir trente quatre cas. Nous les trouvons ainsi répartis : cuir

chevelu, 9; thorax, 6; bras, 5; jambes, 3; visage, 3; dos, 3; abdomen, 3; aisselle, 1; région sacrée, 1. C'est donc au cuir chevelu qu'ils se sont le plus souvent montrés, et presque toujours durant la convalescence. Les ensemencements faits par M. Raybaud, externe du service et préparateur de bactériologie à l'Ecole de Médecine, ont donné tantôt du streptocoque, tantôt d'autres cocci. Dans un cas il fut trouvé un bacille, coli-bacille ou bacille d'Eberth ? Il coagulait le lait, mais ne donnait pas la réaction de l'indol.

Deux malades ont eu des panaris, l'un une simple tourniole, l'autre un panaris profond.

Chez une malade dont nous parlerons plus tard un vaste abcès de la région sacrée fut suivi d'escharre. Chez quatre autres nous eûmes de la gangrène des parties molles sans abcès préalable (obs. 4, 6, 19). L'un deux eût des escharres sacrées assez étendues qui débutèrent au 13e jour et demandèrent un long temps pour guérir; quelques jours plus tard il présenta sur les fesses des bulles de pemphigus qui s'ouvrirent en donnant issue à de la sérosité roussâtre et laissèrent des ulcérations. L'enfant guérit mais sa convalescence fut longue.

Les dernières complications que nous ayions à noter sont des *lésions osseuses* ou cartilagineuses, lésions qui furent tardives. Trois malades présentèrent des lésions osseuses, une des lésions osseuses et des lésions cartilagineuses. Deux de ces cas ont été cités déjà (obs. 23 et 25), nous rappellerons les deux autres.

Obs. XXVI. — E. J. 5 ans, entre le 23 septembre malade depuis cinq jours. A son entrée : céphalalgie, abattement intense. Lèvres sèches, langue typhique, ventre douloureux dans les fosses iliaques, surtout à droite, constipation. Pas de taches rosées ni de bronchite. Température 40°. Séro-diagnostic le

même jour, agglutination immédiate très intense à 1/10, de même à 1/50 et 1/100. Purgatif le lendemain matin

25. — On commence les bains à 28°. Le soir l'enfant est mal, sans connaissance le pouls est petit et rapide (160), les pupilles sont dilatées et réagissent mal, cris plaintifs. Bronchite généralisée. Injection de caféine (0,25).

26. — Le pouls est un peu plus fort quoique toujours rapide, état stationnaire. Affusions froides sur la tête pendant le bain.

27. — Râles de bronchite des deux côtés dans tout le poumon ; à la base gauche, sur une assez grande étendue, sous-crépitants et au-dessus souffle. Cognac ; 0,40 sulfate de quinine en suppositoire, suppression des bains remplacés par des affusions alcoolisées chaque trois heures.

28. — Les lésions de broncho-pneumonie se sont étendues à la base droite mais les râles sont plus gros. L'enfant commence à sortir un peu de sa torpeur et reprend connaissance.

4 Octobre. — Ecoulement purulent assez abondant par l'oreille gauche, injections boriquées.

6. — Collection fluctuante sous le maxillaire gauche ; l'incision donne issue à une notable quantité de pus jaune verdâtre bien lié.

11. — Le stylet introduit dans la plaie du cou pénètre profondément, 7 cm. environ, du côté du pharynx, sans rencontrer de surfaces osseuses dénudées; le doigt introduit dans la bouche ne sent pas le stylet.

Dans une autre direction, plus superficiellement, en arrière et un peu en haut, le stylet s'enfonce également, de 3 ou 4 cm. ; on fait à ce niveau une contre-ouverture et un drain est passé d'une ouverture à l'autre, injections d'eau phéniquée faible. L'état général est mauvais, l'enfant se cachectise.

19. — Depuis trois jours il existe du cornage qui va s'accentuant de plus en plus. Pourtant au toucher on ne sent pas de gonflement au niveau du pharynx. La voix n'est pas complètement voilée Le pouls devenant à peu près incomptable on pres-

crit deux injections de caféine dans la journée mais l'enfant meurt le matin même à 11 heures.

Autopsie. — Rien au cœur, aux reins, au foie ni au cerveau. Rate grosse et dure. Ganglions mésentériques très hypertrophiés et congestionnés. Dans l'intestin grêle plaques de Peyer cicatrisées et d'autres en voie de réparation. Poumon droit, adhérences nombreuses au sommet ; pas de tubercules ; quelques noyaux de broncho-pneumonie vers la base. Tout le lobe inférieur du poumon gauche,(qui en présente trois), est rouge, grenat et dur, pas de crépitation ; en faisant des coupes on fait sourdre du pus par la pression dans toute la partie postérieure du poumon, ainsi qu'à droite d'ailleurs.

Au niveau du larynx, rien à la glotte ni aux replis aryténo-épiglottiques. Au niveau du cartilage cricoïde, périchondrite et chondrite, à la partie postérieure surtout, ayant amené sans ulcération proprement dite, une sorte de décollement, de dédoublement du cartilage. Néanmoins, le larynx sous-glottique ne paraît pas très retréci.

En retirant les parties molles de la bouche on trouve une certaine quantité de pus paraissant venir de la base du crâne ; on ne trouve aucune lésion osseuse de ce côté. Au niveau de la plaie du cou, le stylet introduit va toucher en haut et en arrière une portion osseuse dénudée. En faisant une coupe au niveau du rocher on constate que la cavité de l'oreille moyenne commu nique avec les parties molles situées en avant et au-dessous, par un pertuis ouvert à travers l'os tympanal, pertuis d'environ 1 mm. et demi à 2 mm. de diamètre.

Obs. XXVII. — M. M., 10 ans, entre le 27 juin, malade depuis un mois de fièvre typhoïde. A son entrée : céphalalgie, abattement. Langue peu chargée, douleurs assez vives dans la fosse iliaque et au niveau de la rate, mais dans des points très limités.

Bronchite. Pas de taches rosées. Albumine 0,40, visage pâle et un peu bouffi. Température 39°9.

29. — Séro-réaction nette et immédiate à 1/10. Bains à 28°, lavements.

Le 6 et le 10 juillet nouvelles analyses donnant toujours environ 0,40 d'albumine quoique la température oscille maintenant autour de 38°.

14. — La fièvre ayant totalement disparu on essaye de petites soupes au lait, mais une nouvelle analyse pratiquée le 16 accusant 1 gr. d'albumine on revient au lait exclusivement.

18. — Depuis quelques jours la fièvre tend à reparaître ; la malade n'a plus pourtant aucun signe pulmonaire.

20. — Abcès dentaire joue gauche, s'ouvrant à la face interne le 21 et donnant issue à une assez grande quantité de pus.

24. — Le pus s'écoulant plus abondant et très fétide, on fait passer l'enfant en chirurgie.

26. — 2 gr. 50 d'albumine. La suppuration a diminué considérablement mais on sent de la fluctuation. L'enfant accuse une douleur très vive, lancinante. Cette douleur ne faisant qu'augmenter les jours suivants M. le docteur Lauzet décide d'intervenir. Température 40°. Opération le 30 juillet. Incision oblique de 6 c. dirigée de bas en haut et d'avant en arrière à partir d'un point situé un peu en arrière et au-dessous de la commissure labiale gauche, donnant issue à une abondante collection de pus. Le stylet introduit dans la cavité sent partout le maxillaire supérieur absolument dénudé et nécrosé ; on croirait sentir un os atteint de nécrose phosphorée ; en retirant le stylet, on ramène une masse de tissu sphacélé, fétide, représentant les tissus de l'épaisseur de la joue. (Le pus ensemencé sur gélatine donne streptocoques et staphylocoques divers et bacilles ordinaires de la cavité buccale.) Après lavage la plaie est suturée, mais on laisse au milieu une petite ouverture par laquelle on passe un drain pour faciliter les lavages, plusieurs fois par jour.

Les suites opératoires sont assez bonnes ; la température tombe dès le lendemain à 38°6. La faiblesse de la malade étant très grande on injecte 300 gr. de sérum artificiel chaque jour. Mais le 3, la température commence à remonter ; la suppuration qui

avait diminué reprend abondante et la malade s'affaiblit de plus en plus.

6. — L'analyse des urines décèle 3 gr. d'albumine, l'enfant est très affaissée, dans un état presque comateux qui va s'accentuant de jour en jour, tandis que la fièvre augmente ; elle dépasse 40° le 13 au soir, et la malade meurt dans le coma dans la journée du 14 août.

Les parents s'opposent à l'autopsie. (La seconde partie de cette observation a été rédigée par M. Pellissier, externe du service de chirurgie infantile.)

Avant de terminer ce chapitre des complications nous citerons pour mémoire le cas d'un enfant de 4 ans qui, au 16e jour de sa fièvre typhoïde fut atteint de croup diphtéritique à la suite duquel il eut de la broncho-pneumonie, et qui guérit d'ailleurs.

III

Diagnostic, Pronostic

La notion de l'épidémie régnante, comme il arrive toujours dans ces cas, a singulièrement facilité le diagnostic de la maladie. Dès qu'un enfant nous était amené avec de la fièvre continue depuis plusieurs jours, la langue blanche au centre, rouge sur les bords, on soupçonnait la fièvre typhoïde. L'examen plus minutieux confirmait ensuite généralement le diagnostic. Rappelons brièvement les principaux éléments de ce diagnostic : maux de tête, vomissements, épistaxis au début; à l'entrée du malade, fièvre, langue caractéristique, abdomen douloureux spécialement dans la fosse iliaque droite, diarrhée, parfois taches rosées, bronchite.

Mais à côté des cas assez faciles, la majorité du reste, il en est quelques-uns qui furent plus embarrassants. Nous rappellerons à ce sujet notre observation 8 où il était particulièrement difficile de se prononcer entre une fièvre typhoïde ou une méningite tuberculeuse. En effet cette malade présentait tous les principaux signes de la méningite et tout se réunissait pour faire songer à cette dernière, jusqu'aux antécédents (mère morte tuberculeuse). En temps ordinaire il est probable que la fièvre typhoïde eût été méconnue, mais l'épidémie actuelle mettait l'esprit en éveil ; néanmoins on hésita à se prononcer d'emblée et le diagnostic resta en suspens. Trois jours après un purgatif ayant eu raison de la constipation et ayant même laissé à sa suite de la diarrhée, la balance pencha définitivement du côté

de la fièvre typhoïde ; le séro-diagnostic, qui n'avait pu être pratiqué jusque-là, lève tous les doutes.

Nous avons en effet maintenant dans les cas embarrassants le séro-diagnostic comme ressource suprême. Durant cette épidémie nous y avons eu recours d'une façon systématique; tous nos malades sauf deux ont subi cette épreuve. En règle générale il a confirmé le diagnostic clinique ; dans une occasion même il le bâtit de toutes pièces.

Recueillant un jour du sang de typhiques, nous en prîmes également quelques gouttes, avec toutes les précautions d'usage, à un enfant de 15 mois, malade depuis une semaine et entré quatre jours auparavant pour de la diarrhée. La fièvre était peu vive ; généralement au-dessous de 38°, la température ne s'était élevée que deux fois à 39° le soir. A l'auscultation on trouvait quelques rares signes de bronchite disséminés. Aucun autre symptôme de fièvre typhoïde ; le diagnostic porté était entérite simple; or. à notre grand étonnement, la séro-réaction fut nette et rapide.

Dans toutes ces formes abortives le séro-diagnostic peut-être d'un précieux secours et apporter d'utiles indications pour le traitement, spécialement en ce qui concerne les précautions à prendre pendant la convalescence.

Nous avons dit plus haut que le séro-diagnostic avait généralement confirmé le diagnostic clinique. Dans certains cas pourtant il semblait l'infirmer. Chez un jeune enfant qui présenta une fièvre typhoïde à forme ataxique. (obs. 4) le séro-diagnostic fut d'abord négatif ; ce n'est qu'au 11e jour qu'on obtint une agglutination, mais lente et peu intense. Chez une autre malade (obs. 28) la réaction ne se produisit que pendant la convalescence au 42e jour. Dans quatre cas, avec taches rosées, où le diagnostic clinique ne paraissait pas douteux on n'obtint jamais d'agglutination. Nous publierons un de ces cas où l'autopsie fut pratiquée (obs. 29).

Obs. XXVIII. — M. E., 7 ans, entre le 7 août, malade depuis huit jours. Epistaxis abondante le jour de son entrée, délire. Langue chargée, sèche Pas de douleurs abdominales bien nettes à la pression, diarrhée assez forte. Taches rosées. Toux, oppression légère, respiration un peu soufflante au sommet droit ; un peu de sub-matité au même point. Température 39°4. Bains à 28°, lavements.

10. — Séro-diagnostic négatif. Les signes d'auscultation du sommet droit persistent ; toux assez fréquente, 40°.

17. — Le séro-diagnostic pratiqué à nouveau est encore négatif. Toujours les mêmes symptômes pulmonaires. Epistaxis répétées tous les 5 ou 6 jours. La langue est toujours blanche, la diarrhée persiste. Le délire est moins violent mais persiste malgré la baisse de la température (38°).

21. — La température est normale depuis quatre jours, la langue est bonne, encore un peu de diarrhée, le délire a disparu. On commence à alimenter légèrement la malade mais le soir 39° de fièvre, on revient au lait.

25. — Encore une épistaxis ; la température reste élevée le soir avec fortes rémissions matinales de 2°.

10 septembre. — La fièvre a complètement disparu depuis dix jours, l'alimentation est maintenant bien supportée. Le séro-diagnostic de nouveau pratiqué est, cette fois, positif mais l'agglutination est lente à se produire.

A l'auscultation des sommets on trouve maintenant des craquements et même des râles cavernuleux des deux côtés.

23. — 55 jours après le début de la malade, la réaction est très rapide et très intense.

Exeat le 29.

Obs. XXIX. — J. J., 12 ans, entre le 9 juillet, malade depuis dix jours. A son entrée, céphalalgie, prostration intense. Langue typhique caractéristique, lèvres fuligineuses, pas de douleurs dans l'abdomen, diarrhée ocre assez abondante Taches rosées, nombreux sudamina. Râles de bronchite dans les deux poumons,

foyer étendu de sous-crépitants fins à la base gauche, un peu de toux Température 40°4. Cognac, bains à 25°, lavements.

13. — La fièvre est toujours intense ; depuis deux soirs elle atteint 41°1.

15. — Les sous-crépitants de la base gauche ont disparu ; il ne persiste que les signes de bronchite généralisée ; 0.50 d'acide benzoïque en potion avec benzo-naphtol 1 gramme. Depuis l'entrée de la malade, délire, qui a peut-être un peu diminué avec la température (entre 39° et 40°) mais néanmoins paroles inintelligibles souvent.

A la pression des fosses iliaques douleur mais surtout à droite. Un peu de surdité. Malgré la netteté du tableau clinique le séro-diagnostic pratiqué aujourd'hui est négatif à 1/10 et même à 1/5.

Le 16.— Petit furoncle de la paroi thoracique, développement exagéré du réseau veineux sous-cutané, du thorax et des parois latérales de l'abdomen.

Le 20. — Selles légèrement verdâtres. Le délire persiste toujours. L'enfant a maintenant un facies typhique caractéristique avec stupeur. Pourtant nouveau séro-diagnostic encore négatif même à 1/5. Tremblement dans les bains dont on élève la température à 28°.

Le 21 au soir le thermomètre atteint de nouveau 41°. Quelques râles sous-crépitants aux deux bases avec un peu de souffle à droite. Suppositoire avec 0,25 de sulfate de quinine.

Le 23 au matin, abondante hémorrhagie intestinale suivie d'une chute de température à 37°6. Suppression des bains. L'état général est toujours très mauvais ; on note aujourd'hui du soubresaut des tendons. Lèvres et gencives couvertes de fuliginosités, ventre ballonné, la diarrhée persiste. Ouverture spontanée de trois furoncles du thorax, incision d'un abcès de la région sacrée ayant évolué très rapidement et donnant issue à du pus épais et grumeleux. Le soir, la température s'est relevée (39°6).

Le 27. — La fièvre baisse un peu, l'état général n'est pourtant pas amélioré. L'abcès de la région sacrée s'est étendu en

profondeur et remonte presque à la région lombaire, vastes escharres, suppuration fétide ; diarrhée toujours abondante, potion avec 60 gr. d'eau de chaux.

Le 30. — La température reste aux environs de 38° ; le pouls qui était descendu à 60 remonte brusquement à 100. Les lésions pulmonaires sont très marquées à gauche mais ne paraissent pas s'étendre. L'état d'amaigrissement est extrême. Ataxo-adynamie, délire. Le ventre s'est affaissé et ne paraît pas très douloureux. Vaste cavité suppurante occupant toute la région sacrée.

1er août. — Après une élévation thermique à 39°8 hier au soir, l'enfant a succombé ce matin à 4 heures.

Autopsie le 2 au matin. — Poumon droit : congestion à la la base ; pas d'adhérences ni de lésions tuberculeuses. Poumon gauche : adhérences pleurales très solide au sommet. Engorgement des ganglions trachéo-bronchiques. Au sommet nombreux noyaux indurés et cavernes. A la base congestion. Le cœur est pâle à la coupe. La rate est assez grosse, le foie et les reins ne présentent pas de lésions macroscopiques. Pas de péritonite. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés, brun violacé.

L'intestin grêle est le siège de lésions très nettes des plaques de Peyer, la première ulcération est située à 1m 25 en amont de la valvule iléo-cœcale, au-dessous toutes les plaques de Peyer sont ulcérées de plus en plus jusqu'à la valvule qui est couverte d'ulcérations grisâtres, à bords décollés et flottants. A la partie supérieure du cœcum on remarque encore une ulcération.

Ensemencements (M. Raybaud). — Avec le tissu splénique on ensemence en dilutions successives des godets de gélatine. Après trois jours à 15-20° on remarque un mélange de colonies non liquéfiantes, très petites et de colonies liquéfiantes de Proteus vulgaire. L'isolement est renvoyé au surlendemain pour permettre aux colonies non liquéfiantes de se développer. Malheureusement à cette date les colonies de Proteus, quoique très rares dans les derniers godets ont envahi toute la plaque noyant les autres colonies. Des essais d'isolement pratiqués avec ces godets liquéfiés n'ont plus donné que du Proteus.

A plusieurs reprises nous avons dit déjà que nous avions observé au pavillon des Enfants durant le cours de l'épidémie 105 cas de fièvre typhoïde. Sur ce total de 105 malades nous en avons perdu 21 soit exactement 20 0[0. On pourrait en conclure que l'épidémie a été très meurtrière, que le génie épidémique était exceptionnellement grave.

Pour avoir un point de comparaison nous avons compulsé dans les deux grands hôpitaux de Marseille, les registres de l'année précédente; sur un total de 43 cas de fièvre typhoïde chez des enfants de moins de 15 ans, nous avons trouvé 15 décès soit près de 40 0[0. Il est vrai qu'à ce moment le séro-diagnostic n'était pas encore de pratique courante, de sorte que beaucoup de cas bénins ou abortifs ont dû passer sous le vocable d'embarras gastrique fébrile ou de grippe.

Néanmoins, en tenant compte de cette cause d'erreur possible, nous ne croyons pas que durant cette épidémie le rapport entre la mortalité et la morbidité ait été plus élevé que les années précédentes.

En effet nous avons procédé à la Conception et à l'Hôtel-Dieu aux mêmes recherches pour les adultes que pour les enfants et nous avons obtenu pour les premiers, en 96, 43 décès pour 245 cas soit un peu plus de 17,5 0[0; en 97, 145 décès pour 873 cas ce qui nous donne à peu près le même rapport 16,6 0[0.

Nous n'avons pas poussé plus loin nos investigations ; mais si nous comparons les chiffres obtenus à ceux cités dans la thèse de M. Reynès pour 87 à 93, nous verrons que, si pour les quatre premières années les rapports de mortalité sont moindres, nous avons au contraire pour les trois dernières les chiffres plus élevés de 19 0[0, 17 0[0 et 20 0[0.

Ce ne serait donc pas à la gravité de l'épidémie qu'il nous faut rapporter le chiffre élevé de la mortalité chez l'enfant ; la fièvre typhoïde serait, d'une façon générale, bien moins

bénigne chez lui que ne l'ont prétendu les auteurs. Pourrait-on objecter que, à l'inverse de ce qui a lieu à Genève pour la diphtérie, la fièvre typhoïde a une gravité plus grande à Marseille ? Nous ne le croyons pas, les chiffres obtenus pour les adultes répondant d'avance à cette assertion.

Nous avons tenu à établir le rapport de mortalité suivant les âges. En compulsant les registres de 96 et 97 nous sommes arrivés au total de 1270 cas de fièvre typhoïde, nombre assez élevé nous semble-t-il pour nous permettre d'en retirer des déductions sérieuses.

Ces cas se répartissent ainsi :

Au-dessous	de	5	ans	26	cas	6	décès	soit 23 0[0.
De	—	5	à 10	ans	59	—	13	— 22 0[0.
—	—	10	à 15	ans	102	—	24	— 23,5 0[0.
—	—	15	à 20	ans	289	—	42	— 14,5 0[0.
—	—	20	à 25	ans	347	—	63	— 18,5 0[0.
—	—	25	à 30	ans	262	—	54	— 20,5 0[0.
—	—	30	à 40	ans	145	—	25	— 17 0[0.
—	—	40	à 50	ans	30	—	7	— 23 0[0.
Au-dessus	de	50	ans		10	—	0	— » »

D'après ces calculs, l'âge où le taux de mortalité typhique est le plus élevé serait compris entre 10 et 15 ans, et, d'une façon générale, ce serait chez l'enfant que le pronostic de la fièvre typhoïde devrait être le plus réservé. Ce n'est que de 40 à 50 ans que la mortalité serait aussi grande que chez l'enfant.

C'est à peine si nous osons formuler ces conclusions qui vont à l'encontre de l'opinion des plus illustres maîtres, mais ce n'est pas nous qui parlons, ce sont les plus impartiaux des juges, les chiffres.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 décembre 1898.

Le Recteur,

A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 6 décembre 1898.

Le Doyen,

L. VIALLETON.